

記入日 年 月 日

一般財団法人 大阪府結核予防会 大阪複十字病院
放射線検査申込書

| | | | |
|---|---|------|---|
| 貴院名 | | 電話 | |
| 所在地 〒 | | FAX | |
| | | 医師名 | |
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | (旧姓:) | 男・女 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | (〒) | 自宅番号 | |
| | | 携帯番号 | |
| 当院受診歴 | 有 ID() ・ 無 ・ 不明 | 患者状況 | <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済 |
| 希望日 | ① 月 日 ・ ② 月 日 ・ ③ 月 日 | | <input type="checkbox"/> 希望日なし |
| 検査 | * CT・MRIともに単純のみです * 必ず部位を○で囲んでください。 * 1日1部位となりま | | |
| | <input type="checkbox"/> CT | 部位 | 頸部 ・ 腹部 ・ 脊椎(頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) |
| | <input type="checkbox"/> MRI | | 骨盤 ・ 膀胱 ・ その他() |
| <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨密度 | | | |
| <p>* 本書と診療情報提供書を送付してください。</p> <p>* 予約受付完了後、貴院へ「予約票」をFAXいたします。</p> <p>* 受診日には「診療情報提供書」、「予約票」、「マイナンバーカードまたは、健康保険証・医療証」、「お薬手帳」を持参いただきますよう、患者さんへお伝えください。</p> <p>* 予約変更・キャンセルは、貴院より地域医療支援室へご連絡ください。</p> <p>* 受付時間:平日9:00~17:00</p> | | | |

一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院 地域医療支援室
TEL:072-821-4781(代) FAX:072-824-2312(代)