|  |
| --- |
| 画像検査予約ファックス送信票診療情報提供書兼紹介状FAX(096)-353-6563 |

　１．貴施設情報

　貴施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名：

 電話番号：　　　－　　　　－　　　　　　　　　　　FAX：　　　　－　　　　－

　２．検査予約情報

|  |  |
| --- | --- |
| 検査予約日 | 　　　　　年　　　月　　　日(　　曜日) 　　　　　時　　　分 |
| 検査項目 | 　　□ＣＴ　　　□ＭＲＩ　　　□ＲＩ |
| 検査部位(ＲＩ検査名） |  |

　３．患者様情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 |  　　　　　　　男 　　　　　　　女 | 記号番号 |  |
| 公費番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | M･T･S･H･R 　年　　月　　日（　 才） | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 連絡先 | 　　　　　　　　　　－　　　　　－　　　 　　　 | 保険区分 | 本　人　・　家　族 |
| 現住所 | 〒（　　　－　　　　　　） 電話（　　　－　　　－　　　　） 　　市　　　　　　町　　　　　県　　　 　郡　　　　　　村　　　　　　　　　　　　　　　　　 番地 |
| 傷病名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴及び家族歴 |
| 症状経過・治療経過及び検査結果 |
| 現在の処方等 |

国立病院機構 熊本医療センター 画像診断センター