国立病院機構 熊本医療センター 画像診断センター

放

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：	医師御氏名：
電話番号：　　－　　－	ＦＡＸ：　　－　　－

2.検査予約情報

検査予約日	年　月　日（　曜日）　午前・午後　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　年　月　日（　歳）	受給者番号	
連絡先	－　－	保険区分	本人・家族
現住所	〒（　－　）　電話（　－　－　） 県　市　郡　区　町　村　丁目　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			

送信用FAX用紙及び熊本医療センター提出用　1枚目