令和　　年　　月　　日

送信枚数（本書含む　　枚）

徳島県立中央病院　患者支援センター行
FAX番号　０１２０－６３１－７１５

様式第1号　FAX受診申込書

★FAX受付時間

平日午前８：３０～午後５：００まで(受診日前日の場合は午後３：００まで）に送信してください。

医療機器共同利用申込書兼診療情報提供書（ＣＴ・ＭＲＩ等）

検査希望日　① 令和　　年　　月　　日（　）　　時頃

② 令和　　年　　月　　日（　）　　時頃

□放射線科（　　）医師に連絡済

来院方法（　車椅子　・　ストレッチャー）

検査の種類・部位を〇で囲んでください。

Ｃ　Ｔ：頭部　頸部　胸部　腹部骨盤部　その他（　　）

ＭＲＩ：頭部　胸部　腹部　骨盤部　頸椎　胸椎　腰椎　その他（　　）

消化管造影：　上部消化管　　小腸　　大腸

核医学検査：（　　）

紹介元医療機関

所在地及び名称

電話番号（　　）　　－　　診療科　　科

FAX番号（　　）　　－　　医師名

◆ご紹介患者様　中央病院患者ＩＤ　□□－□□□□－□

フリガナ		性別	生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
患者氏名		男・女		
現住所	〒□□□－□□□□　　県　　市郡　　町村　　マンション名　号室			
連絡先	（　　）－（　　）－（　　）※必ずご本人につながる番号を記入してください。			

検査目的、症状、経過等をご記入下さい。また、診療情報提供書の準備が出来ておりましたら合わせて送付ください。

当院での画像検査歴　無　・　有　　アレルギー歴　無　・　有（　　）

造影剤使用歴　無　・　有　　造影剤使用時の副作用の有無　無　・　有（　　）

合併症　無　・　有（糖尿病　・　甲状腺機能亢進症　・　その他　　）

血糖降下剤内服中の際は薬剤名をご記入ください　（　　）

腎機能異常　無　・　有（血清Ｃｒ値：　　）　肝機能異常　無　・　有（血清Ｔ－Ｂｉｌ値：　　）

できれば検査結果のコピーを当日お持ち頂くか、あるいはＦＡＸでご送付ください。

ご希望の画像出力媒体を〇で囲んでください。（　ＣＤ－Ｒ　・　フィルム　）

◆保険情報　　☆保険証の記号･番号は、保険証のコピーでも結構です。

自己負担割合	保険者番号	□□□□□□□□
割	被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	
資格取得年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	
被保険者との続柄（　本人　・　家族　）		

公費負担者番号	□□□□□□□□
公費負担医療の受給者番号	□□□□□□□
公費負担者番号	□□□□□□□□
公費負担医療の受給者番号	□□□□□□□