

診療情報提供書（CT/MRI画像検査用）  
兼 FAX予約受診申込書

申込日 令和 年 月 日

医療機関名

医師名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

フリガナ			
患者名			性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	年齢	歳
住所			
TEL	( ) -		

受診科		科	医師名	
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望日なし			
	第1希望	令和 年 月 日	( 曜日 )	
	第2希望	令和 年 月 日	( 曜日 )	
	都合のわるい日			
紹介目的	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部		
	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/>		
		身長：          cm	体重：          kg	閉所恐怖症： 有 ・ 無
経過 主な症状				

- FAX送信は、平日 8時30分～17時 までをお願いします。
- 受診当日に、保険証・紹介状(・折り返し返信する外来予約票・当院の診察券をご持参の旨、ご説明ください。
- ご不明な点は 徳島県立三好病院 患者支援センター (TEL 0883-72-1131) までお問い合わせください。

