

検査予約申込書

独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター 地域医療連携室 御中

平成 年 月 日

〒737-0023

広島県呉市青山町3番1号

紹介医療機関の所在地

TEL 0823-22-3816

名称

FAX 0823-32-3070

医師氏名

TEL

- -

FAX

- -

患者情報	フリガナ 氏名				様
	国立病院呉医療センター 診察券番号	-			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			男・女
	郵便番号	〒 -			
	現住所				
	電話				

★当院診察券をお持ちの方

★当院への受診歴のある方

につきましては

◎「氏名」

◎「生年月日」

◎「診察券番号」

(ご持参の場合)

のみの記入で結構です

検査項目	生理検査	心臓超音波 脳波			
	内視鏡検査	上部消化管 大腸 胃ろうチューブ交換 [] 医師 ・ 指名なし			
	画像診断 (放射線科)	C T <単純・造影> (頭部・胸部・腹部・その他 [])			
		MR I <単純・造影> (頭部・胸部・腹部・その他 [])			
		R I (骨・その他 [])			
		超音波 (甲状腺・乳房・肝胆膵・腹部・その他 [])			
		骨密度測定			
マンモグラフィー (乳房X線撮影)					

注:内視鏡検査のうち、大腸については紹介元より処方される下剤の服用が必要となります。

CT・MRI検査は、単純・造影のどちらかを必ず選択してください。

MR I検査は心臓ペースメーカー、腫瘍脳クリップ、冠動脈カテーパクリップなどのある方は検査が行えませんのでご了承下さい。

診療情報提供内容

*傷病名・症状

*保険証発行機関 (該当発行機関を左枠に○で明示してください)	
	国保
	社保
	共済

希望日時	①	月	日	AM・PM (時)
	②	月	日	AM・PM (時)
	③	月	日	AM・PM (時)
決定日時		月	日	AM・PM (時)

★★★ 救急患者様のご紹介は、救命救急センター医師が症状等を直接お問い合わせさせていただきます

『救急外来受付』までご連絡いただきますようお願い申し上げます。救急外来受付 時間内 (0823) 22-3111