

F A X 画像検査申込書

令和__年__月__日

独立行政法人
国立病院 千葉医療センター

地域医療連携室 FAX 043-251-5320 (直通)

| | | | |
|------------------------|--|--------------------------------------|-------|
| 患者情報 | フリガナ | 貴院情報 | 医療機関名 |
| | 氏名 | | 所在地 |
| | 性別 男・女 | | TEL |
| | 生年月日 T・S・H・R __年__月__日生 | | FAX |
| | 住所 〒_____ | | 医師名 |
| 電話番号 | — — | | |
| 検査希望日 | 第1希望 令和__年__月__日 第2希望 令和__年__月__日 第3希望 令和__年__月__日 | ※検査時間につきましては、別紙「連携室予約可能時間」にてご確認ください。 | |
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> MRI検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 (_____) <input type="checkbox"/> 四肢 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※造影剤使用 [有 ・ 無] | | |
| | <input type="checkbox"/> CT検査 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 (_____) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※造影剤使用 [有 ・ 無] | | |
| | <input type="checkbox"/> RI検査 検査項目 (_____) | | |
| 検査依頼内容詳細 (検査目的・特記事項など) | | | |

- 注 1) F A X 診療申込書に必要事項をご記入の上、F A Xにてご連絡ください。
 注 2) 翌日以降の予約申込みをお願い致します。
 注 3) お返事は「予約通知書」にて、受診日時、注意事項等を記入しF A Xにて返信いたします。
 注 4) 17時00分以降のF A X受付分は、翌日速やかにお返事いたします。
 注 5) 患者さんには、「診療情報提供書」をお渡しいただくようお願いいたします。

ご不明な点は、
 受付時間 月～金 8時30分～17時00分 (年末年始・祝日を除く。)
地域医療連携室 TEL/FAX 043-251-5320 までお問い合わせください。

**** 誤送信F A X書類の取り扱いのお願い ****
 このF A Xが誤って送信先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者まで、ご連絡いただきますようお願いいたします。