

# 紹介患者（予約・本日）検査依頼書 兼紹介状 (FAX送信用紙)

FAX 075-332-0721

申込日

令和

年

月

日

医療法人清仁会

洛西ニュータウン病院

放射線科行

〒610-1142 京都市西京区大枝東新林町3-6

ID

依頼元医療機関

医療機関名	
住所 TEL FAX	
医師氏名	先生

患者さま情報	フリガナ					住所						
	氏名						性別	男	女	TEL	( )	-
	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日			(満才)				
保険情報	被保険者証	保険者番号				本人 家族	有効 期限	年	月	日		
		記号・番号										
	公費負担医療受給者証	負担者番号				一部負担金の割合						
		受給者番号					割					

検査名	CT・MRI検査				検査目的および撮影方法		
検査種別	CT・MRI						
部位	脳・聴器・副鼻腔・頸部・胸部・上腹部 骨盤臓器・頸椎・胸椎・腰椎・冠動脈 四肢 { } その他 { }						
造影	不要・必要						
検査予定日時	令和	年	月	日 ( )	AM PM	時	分

検査名	大腸CT検査				特記事項	
前投薬等受け取り来院日	令和	年	月	日 ( )	AM PM	時頃
検査予定日時	令和	年	月	日 ( )	AM PM	時頃
検査目的等						

検査名	乳房撮影				特記事項		
検査予定日時	本日	令和	年	月	日 ( )	AM PM	時頃

検査名	X線検査一般撮影				特記事項		
検査部位及び方向	・胸部 方向		・腹部 方向		( )		
検査予定日時	本日	令和	年	月	日 ( )	AM PM	時頃