

# 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 平成 年 月 日

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

依頼元医療機関

医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
医師氏名	

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
		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		

CT・MRI検査紹介目的	検査名	CT ・ MRI	検査目的および撮影方法
	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・ 四肢 ・ その他 ( ) ( )	
	造影	不要 ・ 必要 ・ 放射線科医の判断に任せます	
検査予定日時	平成 年 月 日 ( )	AM PM	時 分

検査名	乳房撮影	特記事項
検査日時	本日 平成 年 月 日 ( )	AM PM 時 頃

検査名	X線一般撮影	特記事項
検査部位方向	・胸部 方向 ・腹部 方向 ・その他	
検査日時	本日 平成 年 月 日 ( )	AM PM 時 頃