

診療予約・検査予約(CT・MRI・RI・マンモグラフィー)申込書 (FAX用紙)

国立病院機構浜田医療センター

ご紹介元医療機関

地域医療連携室 行

FAX番号
0855 - 28 - 7100

TEL 0855-28-7091(連携室直通)

0855-25-0505(代表)

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

○ご紹介患者様基本情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男 ・ 女	M・T・S・H・R 年 月 日	
患者様住所		電話番号		
浜田医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	まめネット(しまね医療情報ネットワーク)参加同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

○診療予約・目的

※可能な限り診療情報提供書を添付しFAXを送信してください。

希望受診科	科	受診希望日時	① 月 日 () 時 分頃
			② 月 日 () 時 分頃
			③ 月 日 () 時 分頃
診療目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 紹介目的及び病状経過 []	備考 ()	

○検査予約

※検査予約申込書と画像紹介状のFAXをお願いします。

検査項目	CT MRI RI	【部位】 頭 ・ 胸 ・ 腹 ・ 他() 単純 ・ 造影
	マンモグラフィー	⇒ ・撮影のみ ・読影を希望
検査希望日	① 月 日 () 時 分頃	AM ・ PM
	② 月 日 () 時 分頃	AM ・ PM
	③ 月 日 () 時 分頃	AM ・ PM

○保険情報

※カルテ作成上、保険番号の記入をお願いします。

主保険		本人・家族	資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
高齢受給者証			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
公費			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日

○翌日の予約申し込み受付は15時までとなっています。また、16時を過ぎての予約申し込みについては翌診療日のお返事となりますのでご了承ください。

○ご紹介ありがとうございます。折り返し「予約票・券」をFAXいたしますので患者様へお渡してください。