

近畿中央呼吸器センター
診療・検査予約申込書

申込日 年 月 日

ご紹介患者様	フリガナ			性	男性	生	明・大・昭・平		
	氏名	様		別	女性	年月日	年	月	日
	ご住所	(〒 -) ☎ - -							
	保険情報 <small>写しをFAXいた だいても結構です</small>	保険者番号	記号	被保険者番号	区分	本人 家族			
公費		負担者番号	受給者番号	有効期限	平成 年 月 日				

当院 ID チェック： 初診 旧新患 継続受診中 (ID： - -)

ご紹介元機関	貴院名			医師名	先生
	ご住所	(〒 -)			
	連絡先	☎ - -	FAX	- -	
	D P C	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> 対象でない (※ご紹介いただく患者様が、貴院ご入院中の場合のみご教示ください)			

ご希望の 診療・検査日時	年 月 日 () 時 分
-----------------	---------------

診療依頼	受診科	<input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科	希望医師名	
	主訴 病状			
	ご紹介 目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 放射線治療のみ <input type="checkbox"/> その他 ()		

撮影依頼	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 頭部・脳 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両	
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 (肩・肘・手・股・膝・足関節) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 肺「血流」・吸入・換気 <input type="checkbox"/> Ga <input type="checkbox"/> その他 ()			
	画像出力	<input type="checkbox"/> CD ・ <input type="checkbox"/> フィルム	画像のお渡し方法	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 本人に渡す	
	検査結果	<input type="checkbox"/> 郵送 ・ <input type="checkbox"/> 郵送 + FAX ・ <input type="checkbox"/> 本人に渡す (CT 撮影のみ)			
	造影検査の場合	クレアチニン値 ()	←未記入の場合は 必ず紹介状に記入してご持参ください		

【休日のCTとMR単純撮影の検査結果は後日送付となります。】

連絡事項	当院 処理	診・放 -
		月 日 :
		医師