



地域医療連携室 行  
FAX 072-253-7258

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		
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	-
	DPC	<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	* CD のみ	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