

近畿中央呼吸器センター
診療・検査予約申込書

地域医療連携室行
FAX 072-253-7258

申込日 年 月 日

ご紹介患者様	フリガナ 氏名			性別	男性 女性	生年月日	大・昭・平 年 月 日
	ご住所	(〒 -) ☎ - -					
	保険情報 <small>写しをFAXして 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 令和 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			科	医師名	先生
	ご住所	〒 -				
	連絡先	☎ - -		FAX	- -	

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"/> 右
	<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"/> 造影	<input type="checkbox"/> 左
	画像出力	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (CDのみ)		<input type="checkbox"/> 両
	造影検査 の場合	クレアチニン値 ()	食物・薬品等アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	

【休日や診療時間外のCT、MRI単純撮影の所見は後日送付となります】

連絡事項		当院 処理	診・放 一
			月 日 :
			医師

国立病院機構 近畿中央呼吸器センター 地域医療連携室 直通☎ 072-240-2224
FAX 072-253-7258



診療情報提供書とともに検査データ・画像データ等が
ありましたら、患者様にお渡しください。
当日の診察がスムーズに行えますので、ご準備よろしくお願いたします。