

[MRI・CT 検査申込票]

FAX : 084-920-9278 (直通)

セントラル病院 地域医療連携室

申込日 年 月 日

〒720-0809

広島県福山市住吉町 1-26

TEL 084-920-1472 (直通)

084-924-4141 (代表)

ご依頼元医療機関名・住所
医師名 (診療科)
TEL
FAX

* ご紹介患者様情報

フリガナ	性別	生年月日
お名前 旧姓 ()	男・女	T・S・H・R 年 月 日
ご住所 〒	TEL 自宅	— —
	携帯	— —

* 検査内容

検査の種類	MRI・CT	
撮影部位		撮影目的
造影剤使用	あり・なし	ありの場合 Cr 値の検査結果をご送付下さい。 喘息 あり・なし

* ご希望日

第1希望 (月 日 午前・午後)

第2希望 (月 日 午前・午後) ・ 希望なし

* 当院受診歴 あり なし

* 保険情報 (可能でしたら保険証のコピーを FAX お願い致します)

保険

保険番号	
記号・番号	
被保険者 本人・家族 ()	
負担割合	1割・2割・3割
資格取得日	年 月 日
事業所名	

公費医療

保険者番号	
記号・番号	
有効期限	年 月 日

その他 (あればチェックをお願いします)

自賠

自由診療・健保使用一括	
保険会社名	
担当者名・連絡先	
事故日	年 月 日

労災

※ご希望日の予約が取れない場合には貴院へお電話にてご連絡致します。

※検査申込票を受診後、確認次第で FAX にて予約通知書をお送りさせていただきます。

確認が遅くなる場合にはご連絡させていただきます。