

南京都病院 診療・検査 予約申込書

TEL 0774-52-0191

申込日 令和 年 月 日

【送信先】独立行政法人国立病院機構 南京都病院 地域医療連携室

【受付時間】平日8:30~19:00

FAX 0774-58-0270

該当する方に○をお願いいたします

【電話予約 済 ・ 未】

貴院名	
住所	
電話番号/FAX番号	/

ふりがな		性別	生年月日	大・昭・平・令
患者様氏名		男・女		年 月 日
住所	〒			
電話番号				
第一希望日	令和	年	月 日	() 時
第二希望日	令和	年	月 日	() 時

該当する方に○をお願いいたします

【 外来受診待機中 ・ 入院中 】

その他、当院への 連絡事項	
------------------	--

●診療申込書・検査申込書

* 事前に診療情報提供書をFAXで送信頂きますようお願いいたします。

受診科名		医師名
主訴又は病名		
紹介の目的・症状等		

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】 *当院ではペースメーカーがある場合は検査できません
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (IMP・ECD) <input type="checkbox"/> DaT Scan <input type="checkbox"/> 心筋MIBG <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()

* RI検査は必ず事前に診療情報提供書をFAXで送信頂きますようお願いいたします。

認知症セット	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA・脳血流シンチ
--------	---

造影検査の方は✓をお願いいたします 【 造影剤アレルギー 有 無 】

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人家族の別
			本人・家族
公費番号	公費負担者番号	受給者番号	負担割合
			1割・2割・3割

* 保険証情報は
コピーでも結構です

来院の際は必ず保険証の原本をお持ち頂きますよう、患者様へお伝えください。