

南京都病院 診療・検査 予約申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	男 女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者様氏名					
住 所	〒				
	(TEL - -)				
受診日第一希望	令和 年 月 日 ()	時			
第二希望	令和 年 月 日 ()	時			
第三希望	令和 年 月 日 ()	時			
貴院名 住 所 電話・FAX					医師名
現在、貴院に 通院中 ・ 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)					

●診療申込書

*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	

●検査申込書

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 】
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (IMP・ECD) <input type="checkbox"/> 心筋MIBG <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()
認知症セット	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA・脳血流シンチ
その他、当院への連絡事項	

以下につきましては、カルテや保険証のコピーを同時にFAX頂いて結構です。また、受診歴がある場合は不要です。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。

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

【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
 電話 0774-52-0191 (直通)
 FAX 0774-58-0270

FAX 0774-58-0270