

診療・検査 予約申込書 が新しくなりました。

南京市病院 診療・検査 予約申込書 TEL. 0774-52-0191

申込日 令和 年 月 日

【送付先】独立行政法人国立病院機構 南京市病院 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 | / | | |

| | | | | |
|-------|--|-----|------|---------|
| フリガナ | | 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"/> 半端 <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"/> 骨関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 半端 <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 | ＊保険証情報は コピーでも結構です |
| | | | 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 | |

未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。

お間違いの
無いようお願い
いたします。

