

放射線科 画像検査予約申込用紙

FAX送信用 ①

令和 年 月 日

関西医科大学附属病院

放射線科 検査担当医

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号	関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()		

検査項目： <input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) <input type="checkbox"/> 核医学 (PET-CT・シンチ) <input type="checkbox"/> コーンビームCT <input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> その他()
主訴および傷病名
アレルギー 薬物過敏 食物過敏

※下記の項目を記入の際は、この用紙 FAX 送信用①を切り離して下さい。次ページ写りにご注意ください。

受診希望日 第1希望 令和 年 月 日()
第2希望 令和 年 月 日()

希望日なし 又は 不都合な日があればご記入ください。[]

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の16時30分までにご連絡くださいますようお願いいたします。

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも可) ※受診当日は必ず保険証原本をご持参ください。

■被保険者証

保険者番号									
記号	番号								
続柄	本人 ・ 家族								

■公費負担医療受給者票

負担者番号									
受給者番号									

<諸法関係>

労災(公災)、保護医療(福祉事務所名)

交通事故・その他()

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません (詳細は担当者にご相談ください)

地域医療連携部/受付時間 関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号

《受付》平日 8時30分~20時 土曜日 8時30分~12時30分

《休診日》日曜、祝日、第2・4土曜日、年末年始(12月29日~1月3日)

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861