

F A X 予約依頼票 (C T 用)

【直通 F A X 番号 : 0795-23-4580】

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

放射線科

先生
御侍史

(紹介元)

名称

所在地

医師名

印

T E L

-

-

F A X

-

-

受診希望日

 なし あり

令和 年 月 日 時頃

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患 者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	身長		cm
	氏名			<input type="checkbox"/> 女	体重		kg
者	生年月日	年 月 日	歳	電話	自宅	-	-
	住所				連絡先	-	-
西脇病院への 受診歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳					
造影の希望		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ビッグアナイド系内服薬を服用		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		造影検査の場合3か月以内のクレアチニン値を記入ください クレアチニン mg/dl					
概 要 (簡単に)							

西脇市立西脇病院

※患者さんに切り取ってお渡してください。

※来院の際に必ずお持ちください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

I D		性別	生年月日	M T S H R	年 月 日
氏名					
診療科	放射線科	医師名			
検査 予約日時	令和 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	※ビッグアナイド系糖尿病薬を内服されている方は、検査前2日間、検査後2日間(合計5日間)の休薬をお願いします。			

(注) ご来院の際は、必ず下記のものをお持ちください。

【予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院