

FAX予約依頼票（CT用）

（紹介先）

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

（紹介元）

名称

所在地

医師名

印

放射線科

先生
御侍史

TEL

- -

FAX

- -

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 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	-	-
貴院への受診歴		<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		ビグア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)							

※ 共同利用（開放病床・医療機器）の希望がある場合は、その内容を記載願います。

西脇市立西脇病院

※患者様に切り取ってお渡してください。

※来院の際に必ず持参してください。

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。

担当者

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				
診察（検査） 予約日時	令和 年 月 日（ 曜日） 午前・午後 時 分	※ ビグア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）ご来院の際に必ず、ご持参ください。

【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