

彦根中央病院 放射線検査予約担当係 宛
 (TEL : 0749-27-6503 FAX : 0749-26-7483)

検査予約申込書

※申込の際に、診療情報提供書もFAXをお願いします

紹介元医療機関

担当医

TEL

FAX

(フリガナ)

患者氏名

生年月日 (M・T・S・H・R) 年 月 日 (歳) 男 ・ 女

患者住所 〒 -

TEL ()

※ 入院 ・ 入院中 (名称 :)

検査希望日時 ① 年 月 日 () AM ・ PM

② 年 月 日 () AM ・ PM

③ 年 月 日 () AM ・ PM

検査項目 (記入または該当するところに印をおつけください。)

MRI

CT

XP

検査部位 ()

造影の有無 単純のみ 造影のみ 単純+造影

診断の有無 検査のみ 検査+診断 (画像診断の所見必要)

体内金属 (無 ・ 有) ペースメーカー (無 ・ 有)

アレルギー (無 ・ 有 : 種類)

感染症 (無 ・ 有 : 種類)

糖尿病治療薬 (無 ・ 有 : 薬剤名)

被保険者名		資格取得日	
保険者番号		公費番号①	-----
記号		公費有効期限	
番号		公費番号②	-----
一部負担金の割合	割	公費有効期限	

通信欄 (その他特記事項等がございましたら、ご記入ください。)

彦根中央病院 検査予約担当係

受付時間 8:30~16:30 (休診日 : 水曜日、木曜日、祝日)

(TEL : 0749-27-6503 FAX : 0749-26-7483)