多可赤十字病院　　地域医療連携課　　FAX（０７９５）－３２－５２７７

検査ＦＡＸ予約票

平成　　年　　月　　日

多可赤十字病院
地域医療連携課　行

紹介元医療機関　名　称
住　所
医師名
TEL（　　-　　-　　）
FAX（　　-　　-　　）

受診希望日	平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　午前 ・ 午後　　時頃
依頼内容	ＣＴ検査（単純・造影）【部位 ：　　】※画像診断（要・不要） 胃カメラ（ 口 or 鼻 ）　　大腸カメラ　　大腸ＣＴ 骨塩定量検査　　動脈硬化測定検査

患者	ﾌﾘｶﾞﾅ		当院への受診歴	1.有　2.無　3.不詳
	氏　名	男･女	生年月日	明・大　　年　月　日 昭・平　　（　　歳）
	住　所	☎自宅（　　）　－	☎連絡先（　　）　－	
概要	（簡単に）			

胃･大腸カメラ、大腸ＣＴ　検査後の対応のご希望について、いずれかにチェックをお願いします。

- ☐ 結果は紹介元で対応を希望
- ☐ 結果で異常のある場合のみ多可赤十字病院で対応を希望
- ☐ 結果はすべて多可赤十字病院で対応を希望

患者さまに切り取ってお渡しください。

切　り　取　り

来院の際に必ず持参してください。

紹介患者予約票

次のとおり予約を受け付けました　　平成　　年　　月　　日

病院名　**多可赤十字病院**
担当者

検査内容：

氏　名 生年月日等	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　男・女　（ID　　）
予約日時	**平成　　年　　月　　日（　　曜日）** **午前 ・ 午後　　時　　分**

★ご来院の際は必ずこの予約票、健康保険証、医療受給者証をご持参ください。