

検査FAX予約票

令和 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	令和 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 ホルター心電図		

患者	フリガナ		当院への受診歴	1.有 2.無 3.不詳
	氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 (歳)
	住所	〒 () - ()	☎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てください。

..... 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

令和 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	令和 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。