徳島市民病院 地域医療連携室 行 FAX：０１２０－２０－５５８３

 　　　**徳島市民病院　検査申込書**

発 信 日： 月 日

医療機関名：

医 師 名：

☎（ ） －

FAX（ ） －

●検査希望日 第一希望 月 日（ ）曜日

第二希望 月 日（ ）曜日

●希望担当医 医師

※ 予約状況により日時の変更をお願いする場合、お電話にて連絡させて頂きます。

|  |  |
| --- | --- |
| １．単純・ＣＴ | 頭部 胸部 腹部 その他（ ） |
| ２．Ｒ Ｉ 検 査 | 予約申込後、別紙にて検査一覧ＦＡＸいたします。返信お願いします。 |
| ３．ＭＲＩ検査 | 頭部 腹部 脊椎 その他（ ） |
| ４．放射線治療 | リニアック照射装置による治療 |
| ５．内 視 鏡 | 胃内視鏡 |
| 大腸内視鏡 抗血栓薬の処方の有無 （ 有・無 ）  ※上記「有」の場合、休薬できますか（ 可・不可 ）  ニフレック処方 市民病院で希望 （ する・しない ） |
| ※ 事情によりＳ状結腸内視鏡を希望される場合は、ご連絡ください。 |
| ６．胃　　瘻 | 交換 |

●患者さん情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹　介　患　者 | フ リ ガ ナ | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | | Ｔ ・ Ｓ ・ Ｈ ・ Ｒ　　 　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 住　　　所 | | | ☎　（　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 保 険 | 保 険 者番 号 | |  |  |  | |  | |  | |  |  | |  | | 本人 | | | 家族 | | | 負 担 割 合  ０ ・ １ ・ ２ ・ ３ | | | | | | | 有 効 期 限  令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 記号 |  | | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費 | 保 険（公費負担者番号） | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | 有 効 期 限  令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 受　給　者　番　号 | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |

（保険証コピー添付可）