



# 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いただきます。

1. 単純・CT	頭部 胸部 腹部 その他( )
2. RI 検査	予約申込後、別紙にて検査一覧FAXいたします。返信をお願いします。
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	有効期限	令和	年	月	日
	記号	番号							0・1・2・3						
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)