

様式1

診療・検査予約申込書

申込日 平成 年 月 日

ふりがな 患者様氏名		性別	男女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒				
	(TEL - -)				
受診希望日	平成 年 月 日 () 時				
貴院名 住 所 電話・FAX					医師名
現在、貴院に 通院中 ・ 入院中 (該当する方に○印をお願いします。)					

●診療申込書

受診科名	医師名
主訴又は病名	
紹介の目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 ・ 上部消化管内視鏡検査（食道・胃・十二指腸） ・ 下部消化管内視鏡検査（大腸・直腸） ・ 気管支鏡検査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ()

●検査申込書

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () 【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 肺（血流） <input type="checkbox"/> 心筋（安静時） <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> その他 ()
超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()

その他当院への 連絡事項	
-----------------	--

以下につきましては、カルテや保険証のコピーを同時にFAX頂いて結構です。受診歴がある場合は記載不要です。来院の際は必ず保険証の原本をお持ち頂きますよう、患者様へお伝えください。

保険番号	保険者番号	記号・番号	本人・家族の別	備 考
	本人・家族	
公費番号	公費負担者番号	受給者番号	負担割合	
	1割・2割・3割	

【送信先】独立行政法人国立病院機構 南京都病院 地域医療連携室

電話（直通：ダイヤルイン0774-52-0114

※アナウンス後に、222をプッシュしてください。

電話（病院代表） 0774-52-0065

FAX 0774-58-0270