

帯広協会病院

★地域医療連携係 直通FAX
0155-22-6620

FAX申込書

科

殿 医療機関名

受診希望日 月 日 所在地

AM ・ PM 時 分 主治医名

TEL

FAX

【 協会病院受診歴 有 無 】

保険証番号			
記号	番号	公費負担者番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	受給者番号	
負担割合	割	画像持参 有 ・ 無	乳 ・ 障害 ・ ひとり親

★ 患者情報

フリガナ				生 年 月 日
患者氏名	男 ・ 女		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
患者住所	〒 TEL			
紹介目的	診察 ・ 入院 ・ 画像検査	Dr連絡	有 ・ 無 (Dr)	
傷病名				
検査	項目 CT ・ MRI ・ RI ・ 超音波	検査部位		
	造影 有 ・ 無	読影 有 ・ 無		
留意事項	造影剤・薬剤の副作用 有 ・ 無 ★ 有の場合 薬剤名等			
移動方法	歩行可能 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ 救急車			
備考	★ 患者様が入院中の場合は、必ず連絡をお願いします。			

協会病院代表番号

0155-22-6600

★FAX受付時間

平日 午前8時30分～午後 4時00分
土曜 午前8時30分～午前11時30分

★ 休診日

第2・4土曜日、日曜日、祝日
12月30日～1月3日、1月4日午後

画像診断科・臨床検査科の

検査依頼は下記の番号へ事前に
連絡の上FAXをしてください。

★ 画像診断科

CT 内線 2181
RI 内線 2186
MRI 内線 2182・2180

★ 臨床検査科

内線 2260・2261