

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	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 歳
患者氏名	男 ・ 女				
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

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 2182  
RI 内線 2186  
MRI 内線 2181・2180

★ 臨床検査科

内線 2260・2261