

帯広協会病院

FAX申込書

★地域医療連携係 直通FAX
0155-22-6620

科

殿 医療機関名

受診希望日 月 日
AM ・ PM 時 分

所在地
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	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
患者氏名	男 ・ 女	年 月 日	年 月 日	歳	
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30分

★ 休診日
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 2181
MRI 内線 2182
骨密度 内線 2180
RI 内線 2186

★ 臨床検査科
内線 2260・2261