



# 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		
	記号	番号						0・1・2・3			令和	年	月
公費	保険(公費負担者番号)										有効期限		
	受給者番号										令和	年	月

(保険証コピー添付可)