

画像診断連絡票（FAX 送信用）

国立病院機構小倉医療センター 地域医療連携室 宛
 専用FAX 093-921-8892 TEL 093-921-8881

※この連絡票が当日券の代わりとなります。ご本人またはご家族へお渡してください。

受診希望日	令和	年	月	日
検査予約	<input type="checkbox"/> 済み（CT・MRI・超音波・RI・骨密度・その他） 時 分 （総合受付には検査時間の30分前にお越しください）			

患者様情報				
フリガナ				ご連絡先
氏名				— () —
生年月日			性別	男 ・ 女
住所				
保険者	主保険			公費等
記号番号			本人	
			家族	負担割合 1割・2割
有効期限	令和	年	月	日
	令和	年	月	日

紹介元医療機関・紹介医師名	TEL&FAX
注意事項	※CT・MRIの <b style="color: red;">造影検査時 に必要ですので、必ずご記入ください。 腎機能 eGFR (ml/min/1.73m ²) クレアチニン (mg/dl)
連絡事項	

※カルテ作成に必要なため、もれなくご記入ください。

※血液検査の結果および診療情報提供書は3か月以内のものをお持ちください。

※この用紙は、診療情報提供書ではありません。別途診療情報提供書をお持ちください。