**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ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診希望日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 検査予約 | □　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**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/1.73m2）  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。