

【記入例】

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 6 年 10 月 1 日
検査予約	☐ 済み ☒ CT・MRI・超音波・RI・骨密度・その他 11 時 00 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	コクラ ハナコ								ご連絡先								
氏 名	小倉 花子								012—(345)—6789								
生年月日	昭和 39 年 1 月 1 日										性別	男 ・ ☒ 女					
住所	福岡県北九州市小倉南区春ヶ丘 1-1-1																
保険者	主保険								公費等								
	9	8	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	5	6	7	
記号番号	012 34567890 012								本人	1234567							
									家族	負担割合				1 割 ・ 2 割			
有効期限	令和 7 年 10 月 31 日								令和 7 年 7 月 31 日								

紹介元医療機関・紹介医師名		TEL&FAX	
小倉総合病院		TEL 012-345-6789 FAX 012-345-6789	
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 (80 ml/min/1.73m ²) クレアチニン (0.6 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。