ＦＡＸ送信用 ①

放射線科 画像検査予約申込用紙

令和　　年　　月　　日

関西医科大学附属病院

放 射 線　科　　検 査 担 当 医

紹介元医療機関の所在地・名称

電　話

ＦＡＸ

医師名

フリガナ	旧姓	男 女	生 年 月 日
患者氏名			明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日生（　歳）
住所　〒 電話番号			関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号 （　）

検査項目：□ＣＴ（単純・造影）　□ＭＲＩ（単純・造影）　□核医学（ＰＥＴ-ＣＴ・シンチ）
□コーンビームＣＴ　□パノラマ
□その他（　）

主訴および傷病名

アレルギー
薬物過敏　　食物過敏

※下記の項目を記入の際は、この用紙 FAX 送信用①を切り離して下さい。次ページ写りにご注意ください。

受診希望日　第 1 希望　令和　　年　　月　　日(　　)
第 2 希望　令和　　年　　月　　日(　　)

希望日なし　又は　不都合な日があればご記入ください。〔　〕

予約取得に診療科への確認が必要な場合があります。翌日に受診希望の場合は、前日の 16 時 30 分までにご連絡くださいますようお願いします。

保険情報（保険情報は、保険証のコピーでも可）※**受診当日は必ず保険証原本をご持参ください**。

■被保険者証

保険者番号								
記号	番号							
続柄		本人 ・ 家族						

■公費負担医療受給者票

負担者番号								
受給者番号								

＜諸法関係＞
労災(公災)、保護医療(福祉事務所名　)
交通事故・その他(　)

※交通事故での保険会社請求は取扱っておりません（詳細は担当者とご相談ください）

地域医療連携部／受付時間　**関西医科大学附属病院　〒573-1191 枚方市新町 2 丁目 3 番 1 号**
《受　付》平日　8 時 30 分～20 時　土曜日　8 時 30 分～12 時 30 分
《休診日》日曜、祝日、第 2・4 土曜日、年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日）

■ご不明な点がございましたら、地域医療連携部までお問い合わせ下さい。

〔地域医療連携部〕 電話 072-804-2742　ＦＡＸ 072-804-2861