（様式 3-2）

# 依頼日： 年 月 日

CT 検査申込 FAX FAX：052-951-1207

# 名古屋医療センター ※受付時間 8 時 30 分～17 時 00 分

地域医療連携室 行 予約取得に 15 分～30 分程かかります。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・ 女 | 生　年　月　日 |
| 患者氏名 | 様 | 年 |  月 | 日 |
| 住所・TEL | 〒（ ） － |
| 当院受診歴 | 有・無 | ( ) 科 | 当院 ID |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 記号・番号 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 後期高齢者 | 1 割・3 割・福祉 |
| 受診希望日 | ① 年 月 日（ ） | 高齢受給者 | 2 割・3 割 |
| ② 年 月 日（ ） |
| ③ 希望なし | 乳 ・ 障 ・ 母 ・ 傷 |
| 検査部位(単純撮影のみ) | ご希望の検査部位にチェックを入れて下さい。□頭部 □頚部　□胸部 □上腹部(肝・胆・膵) □腹骨盤部　□その他（　　　　　　　）※具体的な部位を記載下さい。ペースメーカー・ICD 留置中の方は、検査内容により撮影が困難な場合がありますので、申込前に連携室へお問い合わせ下さい。 |

※「診療情報提供書」を一緒に添付してください。

受診時、紹介状の原本をご持参下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紹介医 |  |  |
| 所在地 |  |  |
|  |  | 医院・病院・クリニック |
| TEL（ | ） | － |
| FAX（ | ） | － |