平成　　年　　月　　日

独立行政法人地域医療機能推進機構　船橋中央病院

診療情報提供書（画像診断検査依頼ＦＡＸ送信用）

予約手順

①検査予約は、代表：０４７-４３３-２１１１にて
放射線部受付へ（CT・MRI・DEXAの予約を取る）
核医学検査室へ（核医学検査の予約を取る）

②本用紙（ＦＡＸ送信用）にご記入お願いします

③ご記入された本用紙を ＦＡＸ：０４７-４３３-７０８６（地域連携室直通）へ送信

紹介医療 機関名： 所在地：〒	ＣＴ・ＭＲＩ検査は 単純検査となります 骨塩定量は結果のみ 紙での報告となります **予約内容をご記入ください。**
	検査項目：□ＣＴ　□ＭＲＩ□ＲＩ □骨塩定量(腰椎+股関節 Ｒ・Ｌ)
電話番号：	検 査 日：　年　月　日（　）
FAX番号：	検査時間：　：　～
医師名：　印	検査部位：

※当院の受診歴　（　有　・　無　） 有の方　受診登録カード 番号：	健康保険証
フリガナ： 患者氏名： （ 男 ・ 女 ）	コピーしたものをFAXしていただくか 下記の欄にご記入ください 保険者番号： 記号： 番号： （本人　・　家族）
M・T・S・H 生年月日：　年　月　日 年齢　歳	①公費番号： 受給者番号： （負担割合： 1割・2割・3割・その他）
住　所：〒	②公費番号：
電話番号：	受給者番号：

●診療情報提供書（検査・読影に必要ですので、詳しくご記入お願いします）

また、ご希望の撮影方法があればご記入ください。 ☆：

※検査当日、患者さまがご持参いただくもの

●健康保険証　※公費負担の方は「医療証」もご持参ください

● 診療情報提供書（画像診断検査依頼ＦＡＸ送信用）※本用紙

●船橋中央病院の診察カード（以前に当院で受診されたことのある方）

※画像出力媒体はCD-R（ＤＩＣＯＭ）となります。