

RI 検査 予約申込書 兼 紹介状(診療情報提供書)

飯塚市立病院(放射線科)

FAX 番号(地域医療連携室) 0948-23-9335

患者情報記入欄										
フリガナ 氏名		男 女	生年 月日	明・昭 大・平 年 月 日生						
住所										
保険区分	健被 自費	健扶 自賠	日被 乳児	日扶 障害	国被 母子	国扶 前期高齢(割負担)	退被 後期高齢(割負担)	退扶	生保	労災
保険者番号	記号		番号		公費負担番号(老人保健含む)					

予約日	年	月	日(曜日)	時	分
検査部位(検査は原則として1部位とし、該当部位を○で囲んでください)					
脳血流 IMP	骨		心筋	肝アジアロ	レノグラム
脳血流 Tc	Ga(炎症・腫瘍)		甲状腺	肝フチン酸	肺血流
唾液腺					
備考(負荷の方法など)					

診断名または主症状

検査目的

主治医 _____

ご希望の画像提供方法をお選びください CD ・ フィルム

紹介元医療機関	TEL
	FAX