**社会医療法人盛和会**（紹介元医療機関）

**本田病院 地域医療連携室　宛** 住所

[**TEL:06-6939-6346**](TEL:06-6939-6346)医療機関名称

**FAX:06-6939-6350** 医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　TEL・FAX

□MRI　 □頭部　□MRA　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤部　□四肢（　 　　）

□脊髄（□頸椎　□胸椎　□腰仙椎）□副鼻腔　□その他

☆造影　 □あり　□なし

□CT □頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□上肢　□下肢　□その他

☆造影　 □あり　□なし

□エコー □心臓　□腹部　□下肢静脈　□下肢動脈　□頸動脈　□関節（　　　）

□上肢動脈　□乳腺　□甲状腺

□胃内視鏡（火、水、木、土のAMのみ）□大腸内視鏡（火、水、木のPMのみ）

□ERCP（火、水、木のAMのみ）

☆抗凝固剤（□あり□なし）抗血小板薬（□あり□なし）

□骨塩定量　　□マンモグラフィー

＊画像データ□CD-R　□フィルム

＊検査希望日　　　　　　年　　月　　日（AM・PM）　　　時ごろ

傷病名

検査目的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男  患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　女 | | 生年月日  　　　　年　　　月　　　日生 | |
| 住所（〒　　　　－　　　　　） | | TEL　　　　　（　　　　） | |
| 保険者番号 | | 公費 | 負担者番号 |
| 記号 | 番号 | 受給者番号 |
| 有効期限　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | 有効期限　　　　　　 年　　月　　日 | |

一部負担金割合【1割　2割　3割】　※保険証をFAXして頂ければ、上記欄の記載は不要です。

＊予約がとれましたら問診票、同意書等の書類をFAXにて送付させていただきます。

問診票の内容によっては検査できない場合もございますので事前にご確認ください。

＊FAXでの受け付けは17時までとさせていただいております。

　17時以降でもお急ぎの場合はお電話（06-6939-6251）にて承らせていただきます。