



徳島市民病院 検査申込書

発 信 日: _____ 月 _____ 日

医療機関名: _____

医 師 名: _____

☎ () —

FAX () —

● 検査希望日 第一希望 _____ 月 _____ 日 () 曜日

第二希望 _____ 月 _____ 日 () 曜日

● 希望担当医 _____ 医師

※ 予約状況により日時の変更をお願いする場合、お電話にて連絡させていただきます。

1. 単純・CT	頭部 胸部 腹部 その他 ()
2. RI 検 査	予約申込後、別紙にて検査一覧FAXいたします。返信お願いします。
3. MRI検査	頭部 腹部 脊椎 その他 ()
4. 放射線治療	リニアック照射装置による治療
5. 内 視 鏡	胃内視鏡
	大腸内視鏡 抗血栓薬の処方の有無 (有・無) ※上記「有」の場合、休薬できますか (可・不可) ニフレック処方 市民病院で希望 (する・しない)
	※ 事情によりS状結腸内視鏡を希望される場合は、ご連絡ください。
6. 胃 瘻	交換

●患者さん情報

紹介患者	フリガナ															
	氏 名															
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日					性別	男・女								
	住 所	☎ () —														
主保険	保 険 者 号								本人	家族	負担割合	有効期限 令和 年 月 日				
	記号						番号									
公費	保険(公費負担者番号)											有効期限 令和 年 月 日				
	受給者番号															

(保険証コピー添付可)