検 査 予 約 申 込 書
(XP、CT、MRI、RI 専用)

予約専用FAX番号：0743-77-0902

近畿大学奈良病院
患者支援センター　　行
ＴＥＬ（０７４３）７７－０８８０

申込日　　年　　月　　日

«紹介元医療機関»
名称
所在地
TEL
FAX
医師名
担当者

診療科：　放射線科（診断）

希望医師：

受診希望	第１希望日　年　月　日　曜日　時頃				
	第２希望日　年　月　日　曜日　時頃				
上記以外の受診希望	緊急 □	１ｗ以内 □	２ｗ以内 □	１ヵ月以内 □	
都合の悪い日時					
フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	大・昭 平・令　年　月　日　歳		
健康保険証	記号　番号	公費			
自己負担割合	１割 □　２割 □　３割 □	本人　・　家族	当院受診歴　有・無	当院ID	
患者住所	〒　-				
連絡先	TEL　携帯				
患者状態	歩行可 □　車いす □　ストレッチャー □　退院後受診（退院日　）□				
貴院での状況	貴院で待機中 □　院外 □　入院中 □	日本語対応	可 □　不可 □		

主訴・傷病名	

□　一般X線撮影：胸部単純（結核スクリーニング検査）
　　胸部2方向　正面　左側面（要読影）
□　CT
□　MRI
□　RI　　□　骨シンチ
　　□　その他（　　）　　その他の場合はご相談下さい

※診療情報提供書を添付して、FAXをお願いします。