

# 明石市立市民病院 画像オープン検査申込書(様式2-1) FAX申込書

**FAX送信先:078-912-2362**

平成 年 月 日

### 《紹介元情報》

医療機関名		医師名	
住所	〒		
電話番号	( )	FAX番号	( )

### 《患者情報》

氏名	フリガナ	明石市立市民病院受診歴		有・無
	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 ( ) 歳
	旧姓 ( ) ※分かる場合のみ			
住所	〒 TEL			

### 《検査予定日》

平成 年 月 日 ( )

午前・午後 時 分

MRI

CT

RI ( )

検査項目にチェックしてください

### 結果のお知らせ方法

- ・ 画像はCD-Rで当日患者様にお渡しします。(土曜は後日郵送になります)
- ・ 検査担当医のレポート(所見)は、後日郵送させていただきます。
- ・ 事前に所見FAXが必要な場合は次の「FAX要」にチェックをお願いします。  
(お急ぎの際は、医療介護連携課までご一報ください)

FAX要

地方独立行政法人 明石市立市民病院 医療介護連携課

直通TEL 078 (912) 2359 (専用)  
 直通FAX 078 (912) 2362 (専用)  
 代表TEL 078 (912) 2323