病診・病病連携紹介状・予約票

令和 4 年 4 月 1 日

診療所名	○○診療所
医師名	つくば　太郎
TEL	029－000－0000
FAX	029－000－0001

患者氏名	フリガナ　ツクバ　ハナコ つくば　花子	男・(女)
生年月日	大正 (昭和) 平成 令和 62 年 5 月 8 日	
住所	〒 300－1211 牛久市柏田町1589－3	
電話	029－872－1771	

希望診療科	放射線科	目的	□:診察予約 ■:検査予約
希望医師			□:入院予約 □:その他
希望検査	腰椎 (MRI・CT)検査		
希望日	○/○(水)AM希望		

傷病名	頚椎捻挫、腰椎捻挫
紹介目的	腰椎 (MRI・CT) 検査依頼

症状及び治療経過

腰背部痛、左側腰部痛があり、腰椎MRIお願いします。

検査フィルム　□:後日送付　/　□:当日本人渡し

※歯科解析以外の画像作成の場合は、後日送付とさせていただきます。

腎機能(CT・MRI造影検査の場合)

□:正常　クレアチニン値（　　）

氏名	様	登録医	先生
予約診療科・検査名①		予約日時	年　月　日（　）　：　：
予約診療科・検査名②		予約日時	年　月　日（　）　：　：

※送迎希望の有無をご記入ください。 有□　/無□	送迎有の場合 → 送迎日時 年　月　日　：	送迎場所

※送迎は原則として、紹介状(FAX予約票を含む)が必要となります。

つくばセントラル病院　病診連携担当　印

☆この予約票と保険証をお持ちの上、　分前までに

□ つくばセントラル病院　受付へお越しください。

□ セントラル総合クリニック　受付へお越しください。

☆つくばセントラル病院　地域連携室　☎ 029－874－8592(直通)　FAX 029－874－6636