

フリーダイヤル FAX : 0120-726-514

TEL : (代表) 0297-74-5551 (内線 1396) ・ (直通) 0297-86-7447

核医学検査（シンチ）依頼書

紹介元医療機関名

TEL
FAX

診療科 放射線 科

検査種類 _____ シンチ

《予約日時》 年 月 日 () 時 分

フリカ ^ナ 患者氏名	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所		

《保険証情報》

保険者番号								
記号・番号	・							
続柄	本人・家族	枝番						

《後期高齢者医療被保険者証情報》

市町村番号								
受給者番号								
負担割合	1 割	・	2 割	・	3 割			

《公費情報》

公費番号								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

※放射線科宛での紹介状と保険証（確認のため）を当日持参するようお願いいたします。あらかじめカルテをお作りして放射線科に依頼しておきますので、当日は紹介状と保険証を直接放射線科受付に提出して下さい。

※FAX 受付時間：平日 8:30～17:00 土曜日(第1・3週)8:30～12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、休み明けになります。(休診日；第2、4、5土曜日、日曜、祝祭日)