

紹介患者様事前受付用紙

FAX 075-381-2173 (専用)

平日 8:30~17:15 土曜日(第2・4) 8:30~13:00

◆患者様個人情報◆

受診希望日	第一希望 第二希望	月 月	日 日	( ) ( )	チェックしてください フィルム or CD-R <input type="checkbox"/> 患者手渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送															
フリガナ					性別	生年月日(大・昭・平)														
患者氏名					男 女	年 月 日														
住所	〒 - -				TEL ( ) - -															
検査項目 (該当欄へ○印をお願い致します)																				
CT 部位	単 純	造 影	MRI 部位	単 純	造 影	RI			腹部 超音波	乳腺 超音波	頸部 超音波	乳房 軟X線	骨 塩定量 検査	胃 透視	注 腸	イン プラント CT	マンモトム		心 臓 CT	放 射 線 治 療
						骨	脳 血 流 シ ン チ	そ の 他									ス テ レ オ ガ イ ド 下	エ コ ー 下		

◆紹介元◆

医療機関名	担当医氏名
住所	
TEL・FAX	地域連携室担当者名