

松井病院 FAX診察・検査予約票

FAX:0875-57-5607(放射線科直通)

松井病院 放射線科 宛

申込日 年 月 日

依頼元	医療機関名：	医師氏名：
	TEL：	FAX：

フリガナ 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別
				男・女
住 所	〒			当院受診歴
	TEL:			あり・なし・不明

予約診療科	科	希望来院日	年 月 日
-------	---	-------	---------------------------------

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察と検査 <input type="checkbox"/> 検査のみ
検査のみの場合 検査区分	<input type="checkbox"/> MRI (単純 ・ 造影) 希望 部位 () <input type="checkbox"/> CT (単純 ・ 造影) 希望 部位 ()
	所見 (要 ・ 不要)
主訴・病傷名	

返信・予約貴院控え

御紹介ありがとうございました。下記の日時に予約しました。

年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 () 医師

※緊急時は直接診療科までご連絡をお願いします。

※予約票をFAXにて返信しますので、紹介状と一緒に患者さまにお渡してください。

お問い合わせ先 松井病院 放射線科 TEL:0875-23-2111(代表)