

検査予約申込書 (FAX用)

(CT・MR・RI・甲状腺エコー 他)

済生会山口総合病院 地域連携室 行

FAX 083-928-3357

平成 年 月 日

TEL 083-901-6187

紹介元医療機関

医師氏名

TEL

FAX

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才 男・女
住 所	〒 -
電話番号	

※ お手数ですが、事前にカルテを準備いたしますので、諸事項のご記入をお願いいたします。保険証は、来院時に確認させていただきます。

検査内容

(○で囲んでください)

CT	MR	RI
甲状腺エコー	その他 ()

検査日時	平成	年	月	日	AM / PM	時	分
------	----	---	---	---	---------	---	---

(注)お手数ですが、検査ごと下記へご連絡いただき担当と日時を決定後、本申込書を地域連携室までFAXしてください。

* 予約窓口電話番号 *

CT)083-901-6149 MR)083-901-6151 RI)083-901-6154

その他(甲状腺エコー・脳波など) 083-901-6187(地域連携室)