

紹介患者様予約FAX申込書 (CT・MRI・骨塩定量・肺機能検査)

FAX送信先 0866-63-2840

年 月 日

〒715-0019

岡山県井原市井原町1186番地

井原市立井原市民病院 地域医療連携室

TEL : 0866-62-1133 (代表)

FAX : 0866-63-2840 (直通)

医療機関名	
TEL	
FAX	
医師名	

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名	(旧姓:)	男・女	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
住所	〒 - (当院のIDがある場合記入は不要です)	電話番号	() -	
		当院ID		

※□にチェックをお願いいたします

利用方法	<input type="checkbox"/> 紹介利用 <input type="checkbox"/> 共同利用 ※造影剤ありの場合は紹介利用へチェックをお願いします			
検査項目	<input type="checkbox"/> CT造影なし <input type="checkbox"/> CT造影あり			
	<input type="checkbox"/> MRI造影なし <input type="checkbox"/> MRI造影あり			
	<input type="checkbox"/> 肺気量+フローボリューム <input type="checkbox"/> 呼気NO試験			
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量			
希望日時	<input type="checkbox"/> いつでもよい		<input type="checkbox"/> 早めがよい	
	①	年 月 日 ()	午前・午後	時頃
	②	年 月 日 ()	午前・午後	時頃
その他連絡事項				

◆受付時間 平日：8時30分～17時00分

◆休診日 土曜日・日曜日・祝日 年末年始(12/29～1/3)

※時間外、休診日に予約のFAXをいただいた場合、お返事は翌診療日となります。