

## 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：0866-62-1231（直通）

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		男・女	大平：昭令	年	月	日（歳）
	(旧姓： )					
住所	〒 -	電話番号	( )	-		
		当院ID				
(当院のIDがある場合記入は不要です)						

※□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。