

患者紹介予約申込書 (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

令和 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・令 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	令和 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・MR) 083-901-6161

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)