

電話・FAXによるCT・MRI予約申込書（能代山本医師会病院）

令和 年 月 日

紹介元医療機関名称 (発 信 者)		〒 ー	
		TEL : ( )	FAX : ( )
予 約 内 容	診 察	科	外 来 ・ 入 院
紹 介 目 的			
希 望 日 時		令和 年 月 日	
フ リ ガ ナ			
受 診 者 氏 名		男 ・ 女	
生 年 月 日		大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
現 住 所		TEL : ( )	

※ 貴院の診療情報提供書や紹介状をご利用いただいても結構です。

(誤送信には十分ご注意ください)

これより下は事務の方からご記入していただければ幸いです。

保 険 者 番 号	
記 号 ・ 番 号	
有 効 期 限	
資 格 取 得	
公 費 負 担 者 番 号	
公 費 受 給 者 番 号	

※ 貴院の外来カルテの保険者番号情報をFAXしていただいても結構です。

放射線科直通TEL 0185-58-3238

FAX 0185-58-3561