

申込日 年 月 日

【FAX】 072-980-2366 (地域連携課直通)

【TEL】 072-982-0073(直)  
072-982-5101(代)

※ 診療情報提供書と併せて上記へFAXお願いいたします。

※ 緊急時は直接地域連携室までご連絡をお願いします。

【放射線科の検査】 当院放射線科へ代表TELよりご依頼下さい。（ ☎ 072 - 982 - 5101 ）

【受付時間】 9：00 ～ 17：00 （平日） / 9：00 ～ 11：30 （土曜日）

診療依頼目的	<input type="checkbox"/> 受診	<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 検査
希望診療科	<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 糖尿病・内分泌・代謝内科	
	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 整形外科	
	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 産婦人科	
	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	
希望医師	<input type="checkbox"/> あり ( ) 医師		<input type="checkbox"/> なし
患者情報	フリガナ	男	大・昭・平・令
	氏名	女	年 月 日 歳
	住所 〒		
	電話番号		
所在	<input type="checkbox"/> 自宅（通院中）	<input type="checkbox"/> 入院・入所中	
保険情報 (保険証コピーで可)	保険者番号		
	記号	番号	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	有効期限	年 月 日
	公費負担者番号		
	公費受給者番号		
当院の受診歴	<input type="checkbox"/> あり (当院ID番号: )		<input type="checkbox"/> なし
画像検査持ち込み	<input type="checkbox"/> あり (MRI・CT・XP・エコー・その他 )		<input type="checkbox"/> なし
希望日時	第一希望	令和 年 月 日 ( 曜日)	AM・PM
	第二希望	令和 年 月 日 ( 曜日)	AM・PM
	曜日希望	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土	
※希望なしの場合は最短日でご案内いたします。			
貴医療機関名			
住所			
担当医名			
電話番号	FAX番号		

※診療受付手続き後、「返信票・予約票」をFAXにて送付しますので患者さんにお渡しください。

「返信票・予約票」は上記時間外は翌日、休診日等は休診日明けに返信致します。