

診療予約・検査予約 (CT、MRI、RI) 申込書 (FAX 用紙)

ご紹介元医療機関

国立病院機構浜田医療センター
地域医療連携室 行

FAX 番号
0855-28-7100

医療機関名
医師名
電話番号
FAX 番号

ご紹介患者様

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男・女	M・T・S・H 年 月 日	
患者様住所		電話番号		
浜田医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	まめネット(しまね医療情報ネットワーク)参加同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

診療予約・目的

受診希望日	月 日 ()	希望時間	時 分 ころ
受診科	科	医師名	
診療目的	診察・検査・コメント()		

検査予約

検査日	月 日 ()	検査時間	時 分 ころ
検査項目	CT MRI RI	*検査予約申込書と画像検査紹介状の FAX をお願いします	
		部位: 頭・胸・腹・他()単純・造影	
	マンモグラフィー	・撮影のみ ・読影を希望	

保険情報 *カルテ作成上、保険番号の記入をお願いします

主保険		本人・家族	資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
老人			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日
公費			資格取得日	年 月 日
記号・番号			有効期限	年 月 日

連絡先 浜田医療センター 浜田市浅井町777番12 電話 0855-25-0505 (代表)
地域医療連携室 電話 0855-28-7091 (直通)