

PET-CT 検査予約申込書

(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	連絡先:①・②とも記入をお願いします		
	①電話番号		
浜田医療センター 受診歴	②当日の連絡先 (携帯電話など)		
	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明

予約希望日

第一希望	月 日 ()	希望時間	時 分
第二希望	月 日 ()	希望時間	時 分

*合わせて、別紙「PET-CT 診療情報提供書」の FAX もお願いいたします

保 険 情 報

* カルテ作成上、保険番号の記入をお願いします

電子カルテでの登録ができないとご予約できませんので、浜田医療センターの受診歴のない方は、必ず下記をご記入下さい。

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)