

検査予約申込書

<JA静岡厚生連 清水厚生病院 病診連携室>

FAX 054-371-9567

令和 年 月 日

医療機関名称

所在地

医師の氏名

Tel

fax

フリガナ		性別
紹介患者名		男・女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	
住所	〒 -	
電話番号		
受診歴	有・無	お分かりになれば番号の記入をお願いします。 (ID: -)
希望検査・指導	CT (部位) MRI (部位) 骨密度 超音波検査 (腹部 頸動脈 骨盤腔 心臓 他) 造影CT(部位) 栄養指導	
検査希望日	月 日 ()	
特記事項		

※ 検査結果はCD-Rでお渡しします。

※ この用紙を、FAXで清水厚生病院 病診連携室宛に送信して下さい。
可能でしたら、診療情報提供書も添えていただければ幸いです。

※ 申込み受付後、病診連携室より『病診連携・予約表』を送信させていただきます。
紹介状とともに、『病診連携・予約表』を患者様にお渡しくださいますようお願い致します。

※ 当日は保険証・(お持ちの方は診察券)をご持参下さい。

問い合わせ先: 清水厚生病院 病診連携室

☎ 054-371-9566