

西新潟中央病院  
検査予約 FAX 申込書

年 月 日

依頼施設名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

紹介情報

検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI
造影	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は造影CT・MRIの説明と同意書もお送りください。
診療希望科	放射線科
紹介目的等 (簡単で結構です)	紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。
受診希望日	<input type="checkbox"/> なるべく早く <input type="checkbox"/> 希望日 ① ②

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳) 男・女
患者氏名			
住所	〒  TEL ( )		
西新潟中央病院の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		

\*17時以降のFAX受付分は、後日ご返信いたします。

\*当日の受診希望の場合は、受診予約申込書とともに診療情報提供書も一緒にFAXしてください。  
担当部署に確認後、折返しご連絡いたします。

\*造影有りの場合は「造影CT・MRIの説明と同意書」必要事項を記入し、患者様に持たせてください。

西新潟中央病院 地域医療連携室 (受付時間：8：30～17：00) TEL 025-267-4314 FAX 025-267-4315
--