

放射線科検査依頼票

鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター 宛

FAX(0858)22-8210

年 月 日

| | | | | | | | |
|--|--------|---|--|---------|--|--|--|
| フリガナ 患者氏名 住所 〒 電 話 番 号 () — | | 貴院名 ・ 医師名 | | | | | |
| 生 年 月 日 (男 ・ 女) | | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 (歳) | | | | | |
| 保 険 者 番 号 | | | | | | | |
| 記 号 ・ 番 号 | | | | 公費負担者番号 | | | |
| 資格取得年月日 | | | | 公費受給者番号 | | | |
| 被保険者氏名 (続 柄) | | | | 資格取得年月日 | | | |
| CT | <部位> | | | | | | |
| | 検査実施日: | | | | | | |
| MRI | <部位> | | | | | | |
| | 検査実施日: | | | | | | |
| RI | <部位> | | | | | | |
| | 検査実施日: | | | | | | |
| 希望日時 | <部位> | | | | | | |
| | 検査実施日: | | | | | | |

○お電話でお申し込み頂いた場合でも、後ほど診療情報提供書と併せてFAXして頂きますようお願い致します。

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取県立厚生病院
患者支援・地域連携センター

電話(0858)22-8181(内線5160)
FAX(0858)22-8210(直通)