

〔自由診療MR I / C T申込票〕

FAX : 084-920-9278 (直通)

セントラル病院 地域医療連携室

〒720-0809 広島県福山市住吉町 1-26

TEL 084-920-1472 (直通)

084-924-4141 (代表)

受付時間：月～金 8：30～17：30・土 8：30～12：30

(上記時間を過ぎましたら、翌診療日の対応となります。)

申込日 年 月 日

ご依頼元医療機関名・住所
医師名 (診療科)
TEL
FAX

* ご紹介患者様情報

フリガナ	性別	生年月日
お名前 旧姓 ()	男・女	T・S・H・R 年 月 日
ご住所 〒	TEL 自宅 — —	
	携帯 — —	

* 検査内容

検査の種類	MR I ・ C T
撮影部位	撮影目的

* ご希望日

第1希望 (月 日 午前 ・ 午後)

第2希望 (月 日 午前 ・ 午後) ・ 希望なし

* 当院受診歴 あり なし

※ご希望日の予約が取れない場合には貴院へお電話にてご連絡致します。

※検査申込票を FAX で受信後、確認次第 FAX にて予約通知書をお送りさせていただきます。

確認が遅くなる場合にはご連絡させていただきます。