



福岡中央病院

FAX(受診 ・ 検査) 予約申込書

ふりがな	* 依頼日			年	月	日
* 患者氏名	* 性別	男 ・ 女	* 年齢			
* 生年月日	M T S H	年	月	日	*は必須です	
患者住所	〒					
患者連絡先	Tel 番号 ()					
病名						
* 受診科(医師)	* 受診希望日 月 日					
* 紹介目的 及び 特記事項						
* 検査	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT (単純 造影 両方) 《 検査部位 》 頭部 頭部+血管 副鼻腔 血管() 頸部 胸部 上腹部(肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎) 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 胸腰椎 仙骨・尾骨 全脊椎 膝(右 ・ 左) その他()					
* 検査予定日	第1希望		月	日	時	
	第2希望		月	日	時	
貴院名						
【先生のお名前】			先生			
【郵便番号】			—	【所在地】		
【連絡先】 Tel			Fax <input type="checkbox"/>			
※以下は、わかる範囲で結構です						
保険種別	社保	国保	生保	その他()	○をおつけください	
保険者番号						
記号・番号	本人 ・ 家族					○をおつけください

福岡中央病院 TEL 092-741-3310 FAX 092-741-3305