

検査連絡票

電話予約の後、FAXでお送り下さい。カルテを作成し予約を入れます。
下欄太字内の内容は、検査方法の検討に必要ですので、記入をお願いします。

①患者氏名	南部 花子 男・女
②生年月日	M・T・S・H 12年 3月 4日
③友愛会診察歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
③-Ⅱ 住所	糸満 市・町・村
	西崎町1-1-1 西崎アパート222号
④電話番号	××× - ××× - ××××
⑤検査日時	予約電話前にFAXを送る場合は、記入の必要ありません
	H20年 1月 21日 (14:00)
⑥検査名・部位	頭部MRI
⑦施設名	潮崎クリニック
⑧医師名	潮崎 一朗
検査目的 症状及び依頼事項など 検査及び読影に必要な情報で すので記入してください	(診療情報提供書を記載する場合はこの欄のコメントは不要です)