

検査予約確認書 (FAX用紙)

下記の所要事項をご記入の上、FAX送信をお願いします。
診療情報提供書でのご送付が可能な際は、当用紙の送付は必要ございません。
事前に診療情報提供書の形式での送付が難しい場合には、当書式をご送付頂けると幸いです。

作成日 平成 年 月 日

ご紹介患者様基本情報	
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (才)
性別	(男・女)
依頼医療機関	
検査日	平成 年 月 日
依頼項目	CT検査 RI検査 MRI検査 消化管内視鏡検査(上部・下部)

(個人情報の取り扱いについて)

ご記入いただいた患者さんの個人情報については、当院の事前診療予約に関する業務のみに使用し、他の目的では使用しません。

福岡大学西新病院

〒814-8522

福岡市早良区祖原15番7号

TEL 092-831-1211

FAX送信先 1階事務 092-845-7606

FAX受付時間 平日9:00 ~ 17:00 土曜9:00 ~ 13:00