

検査予約申込書(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 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・令) 年 月 日(才)
性別	(男・女)
依頼医療機関	
検査日	年 月 日
依頼項目	<input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> RI検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 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 092-831-4599
■FAX送信先 1階事務 092-845-7606
■FAX受付時間 平日9:00～17:00