

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 土曜9:00~13:00