

共同利用申込書(事前受付用FAX用紙)

医療法人同愛会

FAX (0859)48-0376(地域連携室)

博愛病院放射線部

宛

(0859)48-0418(放射線部直通)

CTならびにMRIをご予約の際は、患者様の待ち時間を短縮するために、あらかじめ撮影伝票を作成いたしますので下記にご記入のうえ、事前にFAXしていただきますよう、宜敷くお願いいたします。

検査ご予約日	令和	年	月	日 ()	時	分
患者様情報	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
	住所					
	電話番号	()				-

共同利用目的	CT撮影 ・ MRI撮影 ・ その他
撮影部位	
傷病名・主訴	

紹介医 (ゴム印可)	医療機関名	
	医師名	
	電話番号	
	FAX番号	