

診察・治療依頼書

鹿児島市立病院

医療機関名

依頼日

科 御中

初診予約 FAX 099-230-7105

連絡担当者

TEL

FAX

下記の患者さんについて、次の通り 診察・治療 を依頼します。

診断名							
診療内容	診察	CT (単純・造影)	MRI	RI			
	EMG	リニアック	その他 ()			
部位等	(検査・治療の主体となる部位を記入)						
希望日時	第一希望	平成	年	月	日 (曜日)	: 頃 ~ :
	第二希望	平成	年	月	日 (曜日)	: 頃 ~ :

受診者

氏名	フリガナ	年齢	性別
		才	男 女
生年月日	明 大 昭 平	年 月 日	初診 ・ 再診 ・ 不明 患者番号 ()
住所	〒		
	電話番号 () - () - ()		

診察・治療予約ご通知

様

ご依頼のありました 診察・治療につきましては、

____月____日 (曜日) ____ : ____ に予約いたしました。

※患者さんのご都合の悪い場合は、ご連絡くださいますようお願い申し上げます。

※受診予定日前日までに、医療情報提供書を FAX して下さい。

〒890-8760 鹿児島市上荒田町 37 番 1 号

鹿児島市立病院 初診予約直通

TEL 099-230-7103

FAX 099-230-7105

担当者