

# 診察・検査・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

それ以外の FAX:099-230-7101

TEL

FAX

下記の患者さんについて、次の通り 診察・検査・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)						
CD-ROM 持参	無	・	有				
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		初診 ・ 再診 ・ 不明 患者番号 ( )	
住所	〒		
	電話番号 ( ) - ( ) - ( )		

## 診察・検査・治療予約ご通知

様

ご依頼のありました 診察・検査・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。

※診察を依頼される場合は、医療情報提供書を事前に FAX して下さい。

〒890-8760 鹿児島市上荒田 37 番 1 号

TEL 099-230-7100

鹿児島市立病院 医療連携室直通

FAX 099-230-7101

担当者