

検査予約申込書 (FAX用)

草加市立病院地域医療連携相談室 宛

FAX 048-946-2501

紹介元医療機関名 _____

紹介元医師名 _____

所在地 (_____)

申込担当者 _____

TEL _____

返信先FAX番号

※ ご記入がないと、返信が遅れることがあります。

フリガナ _____

患者氏名 _____ 様 男・女 T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住 所 _____ TEL _____

予約希望日 (※アイソトープ検査はあらかじめ検査時間が指定されているものがあります。)

希 望 日

(第1希望) _____ 年 月 日 () AM・PM 時 分 (時間指定なし)

有 ・ 無

(第2希望) _____ 年 月 日 () AM・PM 時 分 (時間指定なし)

(第3希望) _____ 年 月 日 () AM・PM 時 分 (時間指定なし)

草加市立病院受診歴 (有・無・不明) _____ ※(有)の場合 診察券番号 _____

(検査内容に○)

放射線科

・CT ・MRI ・アイソトープ

事前診察
情 報

(傷病名等、支障のない範囲で診療情報をご記入ください。)

太枠内を漏れのないよう記入してください。

◎予約可能な診療時間

原則として午前9時から午後4時40分までです。(ただし、土曜日は午前11時40分まで)

◎休診日

日曜、祭日、国民の休日、第2、第4、第5土曜日、12月29日から翌1月3日まで

◎FAX受付時間

休診日以外の 午前8時30分から午後5時まで
(第1・第3土曜日は午前8時30分から正午まで)
※FAXの受信は常にいたしますが、受付時間外の予約業務は翌開院日となります。

市立病院記入欄

予約日時 _____ 年 月 日 ()

_____ 時 分

ID No. _____

新患・再来

この「検査申込書」と「検査依頼書」、造影剤を使用する検査の場合は「造影剤使用についての説明・同意書」も併せてFAXでお送りください。

草加市立病院地域医療連携相談室

TEL 048-946-2200(内線1232~1235)

FAX 048-946-2501