

< 済生会長崎病院 >

画 像 検 査 ・ 予 約 申 込 書

放射線科 (TEL 0120-768-268) へ予約後、こちらの申込書を FAX 願います。

FAX : 0 1 2 0 - 5 4 8 - 3 9 7 (地域医療連携センター)

(095-827-7025 直通)

済生会長崎病院

地域医療連携センター 行

地域医療連携センター TEL 0120-548-398

受付時間 平日 8:30~17:00

[紹 介 元 医 療 機 関 名]

[電 話]

[主治医・診療科]

検査予定日時 : 令和 年 月 日 () 時 分

(ご予約された日時をご記入下さい。)

◆検査内容 : CT MRI MMG

フリガナ		性 別
氏名	(旧姓)	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
電話番号		
その他連絡先		

◆検査結果 (どちらか選択ください) フィルム CD-R

< ご紹介患者情報 >

< 保険情報 >

保険者番号		資格取得日	年 月 日
番号・記号	記号	番号	
被保険者氏名		被保険者との続柄	本人 ・ 家族
	公費負担者番号		受給者番号
原爆			
()			

※ 事前カルテ作成のため、保険情報は必ずご記入ください。

なお、予約に関するお問い合わせは放射線科までご連絡下さい。(tel 0120-768-268)

社会福祉法人^{思賢}済生会支部 済生会長崎病院 長崎市片淵2丁目5番1号

電話番号 (代表) 095-826-9236