診療申込書（検査依頼用）

必要事項をご記入のうえ、ＦＡＸで送信してください

申込日　　令和　　年　　月　　日

千葉県立佐原病院　地域医療連携室

ＴＥＬ　　０４７８－５４－１２３１

ＦＡＸ　　０４７８－５４－５２８１

受付時間　　９：００～１６：３０

医療機関名

所在地

ＴＥＬ

ＦＡＸ

担当者名

受診歴	あ　り　・　な　し	佐原病院ＩＤ	
ふりがな		性　別	男　・　女
患者氏名		生年月日	大・昭 平・令　年　月　日
住　所	〒		
電　話	（自宅）	（携帯）	

検査内容	□ 検査	単純ＣＴ　・　単純ＭＲＩ 骨密度　・　脳波
	□ 検査部位	頭部　・　頚部　・　胸部　・　腹部　・　骨盤 聴神経　・　副鼻腔
		※その他の検査・部位については備考欄にご記載ください
	□ 読影	あり　・　なし
受診日	令和　　年　　月　　日（　　）　　：	
備考		