

レントゲン 検査予約表

<検査日時> 年 月 日() : ~

<患者さんについて>

(ふりがな)		
(お名前)		
(生年月日)	明・大・昭・平 年	月 日
(ご連絡先)	(ご自宅)	- -
	(携帯電話)	- -

<患者さんの体調について>

(主訴)	
(その他、特記事項)	

<検査について>

(検査目的)	
(撮影部位)	* 具体的にお願いします。
(検査についてご要望等ございましたら、ご記入ください。)	
例:「腹部X-P正面 立位と臥位で撮影」「何方向で撮影」など	
(本院での診察)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
(読影レポート)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
* 検査後、直近の木曜日に郵送・FAXにてお送り致します。	

<貴院の病院名・ご連絡先>

(病院名)	
(ご連絡先)	TEL - -
	FAX - -

* ご不明な点等ございましたら、お気軽にご連絡ください。

* なお検査に伴う費用は、直接当院から患者さんに請求致します。

ご記入後、下記宛先までFAXをお願い致します。

福岡信和病院 (担当:田中) TEL 092-557-1877
FAX 092-557-1885