西新潟中央病院
検査予約ＦＡＸ申込書

年　　月　　日

依頼施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介情報

検査項目	□ＣＴ　□ＭＲＩ
造影	□有　□無　※有の場合は造影ＣＴ・ＭＲＩの説明と同意書もお送りください。
診療希望科	放射線科
紹介目的等 （簡単で結構です）	紹介状を併せてFAXしていただければ、ご記入は不要です。
受診希望日	□なるべく早く　□希望日　①　　②

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年　月　日 （　歳） 男・女
患者氏名			
住所	〒 ＴＥＬ　（　）		
西新潟中央病院の受診歴	□有　□無　□不明		

＊１７時以降のＦＡＸ受付分は、後日ご返信いたします。

＊当日の受診希望の場合は、受診予約申込書とともに診療情報提供書も一緒にＦＡＸしてください。
担当部署に確認後,折返しご連絡いたします。

*造影有りの場合は「造影ＣＴ・ＭＲＩの説明と同意書」必要事項を記入し、患者様に持たせてください。

西新潟中央病院　地域医療連携室　（受付時間：８：３０～１７：００）

ＴＥＬ ０２５－２６７－４３１４　ＦＡＸ ０２５－２６７－４３１５