

診療申込書（患者紹介用）

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 0 4 7 8 - 5 4 - 1 2 3 1
 FAX 0 4 7 8 - 5 4 - 5 2 8 1
 受付時間 9 : 0 0 ~ 1 6 : 3 0

医療機関名
 所在地
 T E L
 F A X
 担当者名

受診歴	あり ・ なし	佐原病院 I D	
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)	

検査項目記載欄	<input type="checkbox"/> 検査	[単純C T ・ 単純M R I] [脳波 ・ 骨密度]
	<input type="checkbox"/> 検査部位	[頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤] ※その他の検査・部位については備考欄にご記載ください
	<input type="checkbox"/> 読影	[あり ・ なし]
受診希望日	第一希望	令和 年 月 日 () :
	第二希望	令和 年 月 日 () :
備考		