

## 【検査予約患者様 連絡票】

令和 年 月 日

### 康心会汐見台病院

※太枠内は必ずご記入ください。

【検査予約日】	令和	年	月	日 ( )	時
	(	CT	・	MRI	)

※患者氏名 <small>フリガナ</small>	
	( 男 ・ 女 )
※生年月日	T ・ S ・ H ・ R 年 月 日 ( 歳 )
患者住所	
TEL	
当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不詳

- ・ まずはお電話にて、放射線科の検査予約をおとりください。
- ・ 予約取得後、こちらのFAXをお送りください。

当院への連絡事項

【 紹介元医療機関 】

TEL:

FAX: