

# F A X 初診予約依頼票 (放射線科専用)

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
フリガナ					
住所	〒				
電話番号	( )	受診歴	有 ・ 無		
御紹介元 医療機関名					
TEL					
FAX					
検査予約日	年 月 日	予約時間	(R I は注射の時間)		
検査項目	C T	M R I	R I	その他 ( )	
撮影部位		造影	要・不要	アレルギー	有・無
臨床診断、臨床経過等					