

F A X 検 査 予 約 申 込 書

(1枚目)
(FAX送信用)

松戸市立総合医療センター
地域連携課 行

診療科

科

年 月 日
紹介元
医療機関名
住所 〒

T E L ()
F A X ()
医師名

| | | | |
|------|--------|-------|-------------|
| フリガナ | | 性別 | 大正・昭和・平成 |
| 患者氏名 | | 様 男・女 | 年 月 日生 ()歳 |
| 住 所 | 〒 | | |
| 電話番号 | 自宅 () | 携帯 | () |
| 受診歴 | (有・無) | | |

・ 検査予約日 年 月 日 (曜日) 時 分

検査項目を○で囲んでください。

● 放射線科(部位を記入してください。)

・ CT (単純・造影)

・ MRI (単純・造影)

● 消化器内科

・ 腹部エコー

・ 胃内視鏡検査

検査予約の際は予約状況の確認を直接電話で地域連携課へ連絡してください。

・ FAX受付時間 午前8時30分～午後5時(平日)

松戸市立総合医療センター 地域連携課

FAX 047-712-2573

TEL 047-712-0685 (予約直通)