

R I 検査 予約申込書 (ファックス用)

年 月 日

検査希望日 年 月 日 曜日 ※ 金曜日は不可

※ ご希望に添えない場合は県病院で日にちを設定いたします。

患者様の都合がわるい日があれば、下の ( ) にご記入ください。

( )

※ 予約申込後のキャンセルは原則としてお受け出来ませんのでご注意ください。

紹介医療機関：	
所在地：	
TEL：	
FAX：	
診療科：	医師名：

フリガナ	性別	男・女
患者氏名	(旧姓	)
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日
住所	TEL ( )	—
県立延岡病院受診歴	有・無	

保険者番号	
被保険者証記号番号	
被保険者との続柄	本人・家族

依頼内容	( ) 骨シンチ	( ) Gaシンチ
	( ) 副腎髄質シンチ (123I-MIBG)	( ) その他 ( )

※その他については、応相談

紹介状・診療情報提供書を必ず添付してください

FAX受付時間 平日 8:30~16:30

\* 16時30分以降及び土・日・休日にお受けしたFAXについては、翌診療日に連絡いたします。

\* 当日の予約は受け付けておりません。

県立延岡病院 患者支援センター

〒882-0835 延岡市新小路2-1-10

TEL 0982-32-6202 (直通)