**県立延岡病院　患者支援センター　 予約専用ＦＡＸ：0982-32-6729（直通）**

　 ＲＩ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）