

# 依 頼 書

大和中央病院 医事課外来 御中 FAX 06-6632-2753

下記の患者様の紹介です。

予約検査日	年 月 日 ( 時 分)		
	チェック欄		
検査部位	<input type="checkbox"/>	CT	
	<input type="checkbox"/>	MRI	
	<input type="checkbox"/>	X-P	
	<input type="checkbox"/>	骨密度	
フリガナ			
患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	T・S・H	年 月 日	歳
現住所			
TEL	( )		
保険区分	健本・ 健家・ 国本・ 国家・ (老)・ 労災 ・ 交事 ・ 生保		
福祉	担当者名		
医事課に対する備考欄			

申し込み日 年 月 日

医療機関名様