

阿南医療センター CT・MRI FAX 予約申込票

(申込日) 年 月 日

阿南医療センター 地域連携
 TEL 0884-28-6031 (月)~(土)
 FAX 0120-446-190
 8:30~18:00 (日祝・年末年始は除く)

医療機関名 _____
 医師氏名 _____
 TEL () -
 FAX () -

希望する検査 (いずれかに○)	CT ・ MRI	検 査	① 月 日(曜日)
部位 [原則、複数部位は対応 できません。]		希 望	② 月 日(曜日)
		日	(備考)
■紹介目的 (簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。)			

※ MRI 検査を希望する場合 → FAX 予約前に当院の MRI 問診票を記入して頂き、安全に MRI 検査が行えることをご確認の上、この予約申込票とご記入された MRI 問診票を併せて FAX して下さい。

生年月日	年 月 日	性別 男 ・ 女
フリガナ 患者氏名	(歳)	
阿南医療センター, (旧)阿南共栄病院, (旧)阿南中央病院 [受診歴]	有 ・ 無	阿南医療センター 及び (旧)阿南共栄病院 [ID 番号] (分からない場合は空欄)
現住所	〒 (日中に連絡が取れる) TEL - -	

[下記にご記入ください(保険証コピー可)]

保 険 者 証	保 険 者 番 号								
	記 号 番 号								
被 保 険 者									
資 格 取 得		年	月	日					
有 効 期 限		年	月	日					
事 業 所	名 称								
	所 在 地								

公 費 負 担 番 号									
受 給 者 番 号									/
資 格 取 得	年	月	日						
有 効 期 限	年	月	日						
備 考	(老人負担割合 割)								

■FAX 受付時間 月~土 8:30~18:00 (日・祝・年末年始は除く)

希望する検査によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承下さい。

時間外・日・祝日は、翌日または休み明けとなります。

※ 日中ご連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(急な休診時のご連絡等のため)

■折り返し、予約受付票を FAX いたしますので、患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。検査当日は、予約受付票、保険証等、紹介状、診察券 (阿南医療センター、(旧)共栄病院の診察券をお持ちの場合) を地域医療連携窓口にご持参ください。