

診療情報提供書 FAX 専用申し込み用紙

医療法人 埼玉成恵会病院 病診連携室宛 医療機関名

FAX 0493-23-1220 (病診連携室) 所在地

TEL 0493-23-1221 (代表) FAX

TEL

医師氏名

FAX 送信日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 男 : 女

生年月日 大正 昭和 平成 令和 西暦 年 月 日 歳

住所 〒

TEL ()

検査希望日 年 月 日 AM PM 時 分

検査項目 MRI CT デンタル CT

部位

造影検査 有り 無し

外部読影 (MRI/CT のみ) 不要 ※読影結果は基本的に添付いたします。
ご不要の場合はチェックをお入れください。

感染症 有 (HBS 抗原、HB 抗体、W 氏、HCV、その他) 無

備考

受付時間 月～土 8:30～16:00

※ 時間外・休日のお申込みは、翌日受付となります。

※ お急ぎの時は一度お電話にてご連絡をお願い致します。