

(様式8)

依頼日 年 月 日

放射線科検査予約連絡FAX

名古屋医療センター
地域医療連携空行

FAX : 052-951-1207

<当院 I D : >

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名			年 月 日
放射線科検査名	シンチ	検査予定日	
住所・TEL	〒 TEL :		
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
被保険者氏名		老人(後期)	1割 ・ 3割 ・ 福祉
高齢(前期)	2割 ・ 3割	乳 ・ 障 ・ 母 ・ 傷	

※本紙用紙と診療情報提供書を必ず添付してFAXして下さい。

事前準備のため検査日前日までに

保険情報を記載し返信FAXをお願い致します。

紹介医療機関情報
住所
医療機関名
紹介医診療科
紹介医師
TEL :
FAX :