

診察・検査・治療依頼書

鹿児島市立病院

医療機関名 依頼日 _____

_____科 行き _____

FAX **099-216-3632**

連絡担当者 _____

TEL _____ FAX _____

下記の患者さんについて、診察・検査・治療を依頼します。(希望されるものに○印)

診断名	
診療内容	診療 CT (単純・造影) MRI RI EMG リニアック その他 ()
部位等	(検査・治療の主体となる部位を記入)
希望日時	平成 年 月 日 (曜日) : 頃

受診者

鹿児島市立病院

氏名	フリガナ	男女
生年月日	明治 昭和 大正 平成 年 月 日 才	
住所		
	電話番号 () - () - ()	

初診
再診
ID番号 ()
※鹿児島市立病院の再診の患者さんで、ID番号の記入がある場合は、氏名・生年月日・住所などの記入は不要です。

診察・検査・治療予約のご通知

連絡担当者 _____ 様

ご依頼のありました診察・検査・治療につきましては、

_____月_____日 (曜日) _____ : _____ に予約いたしました。

※患者さんのご都合の悪い場合は、ご連絡下さいますようお願い申し上げます。

※診察を依頼される場合は、診療情報提供書を事前に FAX して下さい。

〒892-8580 電話 099-216-3631
鹿児島市加治屋町20番17号 FAX 099-216-3632
鹿児島市立病院 担当者