

フリーダイヤル FAX : **0120-726-514**

TEL : 0297 - 74-5551 (代) 内線 1257 RI 室

核医学検査 (シンチ) 依頼書

紹介元医療機関名

TEL

FAX

診療科 _____ 科

検査種類 _____ シンチ ※ 当院受診歴 (有・無)

《予約日時》 年 月 日 () 時 分

フリカ ^ナ 患者氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住 所	〒 TEL	

《保険情報》

下記に該当する方は○をつけて下さい。

生活保護 市町村 []

自賠・労災 []

※キャンセルをする際は、検査前日 (月曜～金曜) の 12 時までにご連絡下さい。

それ以降のキャンセルは、キャンセル料 (自費) が発生いたします。

※FAX 受付時間 : 平日 8:30～17:00 土曜日 (第 1・3 週) 8:30～12:00

時間外、休診日の FAX 送信は可能ですが、連携室からの連絡は翌日または、
休み明けになります。(休診日 ; 第 2、4、5 土曜日、日曜、祝祭日)