

検査予約受付用紙
送信先FAX番号 075-313-7083

●ご紹介元医療機関情報

医療機関名		担当者名	
所在地	〒 —	電話番号	— —
担当医師名		FAX番号	— —

●患者さま情報

青木医院 初診 受診歴あり (ID)

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男 女	大・昭 年 月 日 平・令 (歳)
住所	〒 —		
電話番号	— —	携帯番号	— —
保険区分	・本人 ・家族 ・負担割合 割 ・健保 ・国保 ・後期高齢 ・生保 ・労災 ・自賠		
保険者番号			
公費番号			
記号・番号	•		
受給者番号			

●検査内容

☆診察 有・無(検査のみ) ☆所見 有・無 ☆画像(CD) 有・無 ☆閉所恐怖症 有・無		
検査部位	・頭部 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・頸部 ・胸部 ・腹部 ・() 関節 ・その他 ()	単純・造影

●連絡事項 次回受診予定日 / :

☆来院前日までに必ずMRI検査依頼書(診療情報提供書)、MRI検査問診票・同意書の事前FAXをお願いいたします

☆予約の変更・キャンセルの際は当院までご連絡ください(電話番号:075-313-7038)