

# 鹿島労災病院 放射線検査予約申込書

FAX:0479-48-3131

紹介医療機関 名 称	〒  TEL: FAX:		
検査予約日	年 月 日 ( )		
予約時間	午前 ・ 午後 時 分		
検査内容に○を をつけて下さい	<ul style="list-style-type: none"> <li>・単純 C T 部位:</li> <li>・単純 MRI 部位:</li> <li>・骨密度測定</li> <li>・R I 検査 ( 骨シンチ )</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>		
フリガナ			男 ・ 女
受診者氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )		
現住所	〒  TEL: FAX:		
保険者番号		区 分	本人 ・ 家族
記 号		番 号	
公費負担番号		受給者番号	
老人・高齢者負担割合	割	老人一部負担免除	
当院受診歴	あり ・ なし ありの場合( 年 月頃 科受診)		
撮影した画像	不必要 ・ 必要 ( フィルム ・ ディスク )		
備 考			

鹿島労災病院

地域医療連携室

TEL:0479-48-4668(直通)

FAX:0479-48-3131