

診察予約依頼票

吉山クリニック 行

TEL:082-815-0666

FAX:082-814-7337

受付時間 平日 9:00~16:30

土曜 9:00~11:30

〈ご紹介元医療機関〉

ご施設名	
ご施設名担当医師名(診療科)	
TEL:	FAX:

■患者基本情報

フリガナ		性別	男	・	女		
氏名		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	(歳)
現住所	〒 -						
	自宅番号 () -		携帯番号 () -				
当院受診歴	有 ・ 無		有る場合 (ID:)				
希望日	第1希望 月 日		第2希望 月 日				
	※骨盤部MRIは午後のみ検査です。昼食は絶食をお願いします。						

■紹介目的

希望項目にチェックしてください

一般診療

検査

その他

傷病名・主訴					
希望検査にチェック (当院は単純のみの検査です)	検査項目	関連事項記入			
	<input type="checkbox"/> CT	※撮影指示など詳細を記入してください			
	部位:				
	<input type="checkbox"/> MRI				
	部位:				
ペースメーカ	有 ・ 無	有る場合はMRI対応ペースメーカでもMRI撮影はできません			
体内金属	有 ・ 無	有る場合(部位:		手術年:)	
〈既往歴・家族歴/検査結果および経過/現在の処方等々〉					

--	--	--	--	--	--