

## PET-CT検査予約申込書

(FAX用紙)

国立病院機構浜田医療センター  
地域医療連携室 行

ご紹介元医療機関

FAX番号 0855-28-7100
-----------------------

医療機関名
医師名
電話番号
FAX番号

ご紹介患者様

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	
患者様住所			連絡先：①・②とも記入をお願いします	
			①電話番号	
浜田医療センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	②当日の連絡先 (携帯電話など)		

予約希望日

第一希望	月 日 ( )	希望時間	時 分ごろ
第一希望	月 日 ( )	希望時間	時 分ごろ

\*合わせて、別紙「PET-CT診療情報提供書」のFAXもお願いいたします。

保険情報

\*カルテ作成上、保険番号の記入をお願いします。

電子カルテでの登録ができないとご予約できませんので、浜田医療センターの受診歴のない方は、必ず下記をご記入下さい。

主保険								本人・家族	資格取得日	年 月 日
記号・番号									有効期限	年 月 日
高齢受給者証									資格取得日	年 月 日
記号・番号									有効期限	年 月 日
公費									資格取得日	年 月 日
記号・番号									有効期限	年 月 日

連絡先 浜田医療センター 浜田市浅井町777番12 電話 0855-25-0505 (代表)  
地域医療連携室 電話 0855-28-7091 (直通)