

放射線科 (PET/CT) 予約申込書

申込年月日 令和 年 月 日

検査予約日 令和 年 月 日 時 分

検査依頼 PET/CT

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		
住所	〒 -		
電話番号	()		

※前日の 15:00 (前日が土曜・日曜・祝日の場合はその前の平日 月曜～金曜) 以降に最終確認の電話連絡をさせていただきます。

連絡の取れる電話番号の記載をお願いいたします。

保 険 情 報

保険者番号	<input type="text"/>	記号・番号	<input type="text"/>
被保険者氏名	_____ 被保険者との続柄 _____		
事業者名	_____		
(社保の場合)	※老人医療受給者証、福祉医療受給者証をお持ちの方は番号を記入してください。		
公費負担者番号	<input type="text"/>		
及び受給者番号	<input type="text"/>		

紹介元医療機関名 _____

電話番号 () _____

FAX

0274-64-1406