

送信先：くすの木病院（FAX送信先）

紹介内容：診察・その他 → □連携室 0274-22-2288

：MRI・CT → □放射線科 0120-366-618

紹介患者連絡票

《紹介先医療機関名》

医療法人社団 三思会

くすの木病院

《紹介元医療機関名》

所在地

医療機関名

TEL：

医師氏名

予約日	年	月	日	予約時間	:
紹介内容	診察・MRI・CT(インプラントCT)・その他()				
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	
氏名				年	月 日
住所	県 都	市 郡	町		
	道 府	区	村		
連絡先	自宅・携帯		-	-	

〈ご案内〉

◎患者様診療録(カルテ)の事前準備に必要な情報です。

◎お電話にてご予約したのち、FAX送信して頂きます様、お願い致します。

◎お電話でのご予約受付時間

《連携室》月～金曜日 9:00～17:00 土曜日(第1,3,5) 9:00～12:00

《放射線科》8:30～19:00 ※土・日・祝日可

【お問合せ先】くすの木病院

地域連携室直通：0274-37-2060

放射線科直通：0120-366-618