

住 所  
医療機関名  
電話番号  
FAX 番号

下記患者さまについて、診療を申し込みます。  
尚、患者さまに対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

患者情報

フリガナ		性別	生年	大正 昭和 平成 令和
患者氏名		男・女	月日	年 月 日 ( 歳)
自宅電話 携帯電話		当院受診歴 (*省略可) 有 (ID )・無・不明		
来院時に 使用する 保険等	健康保険 ・ 自賠責保険 ・ 労災保険 ・ 生活保護 ・ 自費			

予約日 *希望があれば 記入	月 日 ( 曜日) 午前 ・ 午後 Dr 指定 有 ・ 無 ( 医師)
検査項目	MRI ・ CT ・ XP ・ その他 ( ) 部位： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 検査目的：

ご紹介方法

1. 上記枠内をご記入の上、 **FAX 番号:098-861-5701** までお送り下さい。
2. 電話または WEB 予約のいずれかでご予約を取るように患者さまへご案内下さい。  
新健幸クリニック 電話予約 098-861-5700 (平日 8:30~16:00)

注意事項

※診療情報提供書、検査予約の場合は当院様式 (例.MRI 説明書問診票同意書) を  
受診当日にご持参いただくように患者さまへご案内ください。

※この FAX には、個人情報を含む機密情報が含まれており、新健幸クリニックに送られています。  
もし、誤って届いた場合は破棄していただき、お手数ですがその旨を送信元へお知らせくださるようお願いいたします。