県立宮崎病院　検査予約申込書　予約票

FAX予約　0985-38-4166

医療機器共同利用（CT、MRI、RI）予約申込書（ファックス用）

令和　　年　　月　　日

受診希望日	第1希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	第2希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	第3希望	令和　　年　　月　　日（　　）
	都合の悪い日（　　）	

※ご希望に添えない場合は当院で日にちを設定いたします。
※予約申込後のキャンセルは原則としてお受けできませんのでご注意ください。

紹介元医療機関名			
所在地			
TEL			
FAX用			
診療科		担当医師	
予約担当者:			

ふりがな		性別：□男　□女	
患者氏名	（旧姓　　）		
生年月日	□明　□大　□昭　□平　□令　　年　　月　　日		
住　所	TEL.		
アレルギーの有無	□有（　　）□無		
インプラント・体内器具の有無	□有（　　）□無		
県立宮崎病院受診歴	□有　□無　□不明		

依頼内容	（　　）CT検査　（　　）MRI検査 （　　）RI（核医学）検査

紹介状・診療情報提供書を必ず添付してください

FAX予約受付時間　平日 8:30～16:15

※16:15以降及び土・日・祝日にお受けしたFAXについては、翌診療日に連絡いたします。尚、当日の検査予約は受け付けておりません。

【お問い合わせ先】　県立宮崎病院 患者支援センター
〒880-8510　宮崎市北高松町5-30
TEL：0985-38-4158（予約センター直通）