

(様式 9)

超 音 波 検 査 依 頼 伝 票

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎ 0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎ 0120-018-299(直通)

紹介頼元医療施設名		依頼医師名 ()	
電話番号 () -		・ F A X () -	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生(才 ヶ月)	性別 男 ・ 女
現住所			
電話番号 () -			
当院の受診歴 (有 ・ 無)			
現病歴			
既往歴 ・ 手術歴			
依頼部位			
☐ 腹部・骨盤 ☐ 頸部 ☐ 四肢			
☐ その他 ()			