

## 磐井病院放射線科治療依頼書

下記と別紙に必要事項の記入を御願ひ致します。

必要事項記入後、本用紙と当院の患者紹介予約用 FAX 用紙を、当院地域医療福祉連携室・地域連携班あてに FAX 送信を御願ひ致します。

※ 連絡先：岩手県立磐井病院 地域医療福祉連携室・地域連携班

電話：0191-23-3452

FAX：0191-21-3990

申込日                    年    月    日

紹介元御施設名		依頼元医師		様	
連絡先	(すぐに連絡の取れる電話番号をお願いします)				
患 者 情 報					
氏 名		ID			
連絡先電話	(携帯・自宅)				
体 重	Kg	身 長	cm		
HBs抗原	+ ・ -	HCV抗体	+ ・ -	梅毒TP	+ ・ -

