

－ 診 療 の 場 合 －

- ① 本診療情報提供書に必要事項をご記入の上、FAXして下さい。

FAX 0120-846-112 

※ カルテを事前に作成いたします。
(待ち時間短縮など患者様の受け入れをスムーズに行うため。)

- ② 本診療情報提供書は病院提出用として患者様にお渡し下さい。

－ 検 査 予 約 の 場 合 －

- ③ まずはお電話にて、ご予約をお願いいたします。

代表 092-608-0001

MRI受付(内線1165) 放射線受付(内線1159)

電話受付時間 9:00～17:00

※上記以外は、担当者が不在となります。

- ④ 予約日時を確定いたします。
- ⑤ 上記①と同様にお願いいたします。
- ⑥ 本診療情報提供書は病院提出用として患者様にお渡し下さい。

社会医療法人財団 池友会

福 岡 和 白 病 院

福岡市東区和白丘2丁目2-75

