

(予約FAX送信用)

令和

年

月

日

(FAX)0738-24-2007

診療及び検査予約 申込書

ひだか病院

紹介元医療機関名

診療科名

科

住所

電話番号

FAX

医師名

担当医

医師名

印

医師

ふりがな 患者氏名		性別 男・女	生年月日	明・大 昭・平 令	年	月	日	(歳)
患者住所 (〒 -)								
電話番号 - -								

傷病名	
紹介目的	

受診希望日	<input type="checkbox"/> 最短で予約希望	都合の悪い日や曜日 ()		
	第一希望	第二希望	第三希望	
	月 日	月 日	月 日	

<p>【検査予約の申込】</p> <p>右記以外の検査予約は患者支援センターでお受けする事は出来ません。 上下部内視鏡、CT、MRI(頭頸部以外)、RI、脳波、肺機能検査等を希望される場合は担当科の診察のみ予約させていただきます。</p> <p>救急の対応依頼につきましては0738-22-1111(代)から各診療科又は救急科へ連絡をお願いいたします。</p>	<input type="checkbox"/> MRI (頭頸部のみ)	
	人工臓器： 有 ・ 無 (部位: 時期: 頃)	
	体内金属： 有 ・ 無 (部位: 材質: 時期: 頃)	

ひだか病院 患者支援センター

☎ 0738-24-1786 (直通)

FAX 0738-24-2007 (直通)