

診療・検査予約申込書

申し込み日

年

月

日

<依頼先>

| |
|-----------|
| 松波総合病院 |
| 地域医療介護連携室 |

<依頼元>

| | | | |
|-------|--|-----|--|
| 医療機関名 | | | |
| 担当医 | | | |
| TEL | | FAX | |

<患者情報>

| | | | | | | |
|------|---------|-------|-----------------|-----|---|---|
| ふりがな | | 男 | 明・大 昭・平 令 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | 様 | 女 | | () | 歳 | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| | TEL - - | | | | | |
| 保険番号 | | 記号・番号 | | | | |
| 割合 | | 取得日 | | | | |
| 有効期限 | | | | | | |

<診療予約>

| | | | |
|-------|---------------------------------|------|--|
| 受診科 | | 希望医師 | |
| 症状・病名 | | | |
| 希望日 | 第1希望 (年 月 日) ・ 第2希望 (年 月 日) | | |
| | 特になし ・ その他 () | | |

<検査予約>

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|----|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> | CT | 部位 | | 造影 | 有 ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> | MRI | 部位 | | 造影 | 有 ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> | 胃カメラ | | | 抗血栓薬の服薬 | 有 ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> | 大腸ファイバー | | | 抗血栓薬の服薬 | 有 ・ 無 |
| 希望日 | 第1希望 (年 月 日) ・ 第2希望 (年 月 日) | | | | |
| | 特になし ・ その他 () | | | | |

紹介状と一緒にFAXしてください。
連携室専用FAX : 058-388-4867

お問合せ先 : 058-388-3360