

(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

\_\_\_\_\_科  
\_\_\_\_\_先生

住 所

電話番号

F A X

医師名

㊞

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	

依頼内容	<input type="checkbox"/> 外来診療		<input type="checkbox"/> 検査依頼	
予約希望日	第一希望 月 日	第二希望 月 日	第三希望 月 日	
<b>【検査予約の申込】</b> 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。 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診察のみ予約させていただきます。	<input type="checkbox"/> MRI (頭頸部のみ) 疑い病名: 又は症状 人工臓器: 有 ・ 無 (部位: 時期: 頃)		<input type="checkbox"/> MRI (頭頸部のみ) 疑い病名: 又は症状 体内金属: 有 ・ 無 (部位: 材質: 時期: 頃)	
	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。		処方内容(別紙添付可) <input type="checkbox"/> 胃カメラ	

ひだか病院 患者支援センター

☎ 0738-24-1786 (直通)      FAX 0738-24-2007 (直通)