

(予約FAX送信用)

平成 年 月 日

(FAX) 0738-24-2007

診療及び検査予約申込依頼書 (FAX用)

国保日高総合病院

科

先生

紹介元医療機関名
住 所
電話番号
F A X
医師名

㊞

ふりがな 患者様氏名		性 別	男・女	生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日生 (歳)
患者様住所 (〒 -)		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"/> 栄養指導	<input type="checkbox"/> 検査依頼
------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

検査



【検査申込】
連携室では右記以外の紹介予約検査は予約できません。直接診療科においてお尋ねください。

<input type="checkbox"/>	CT	部位	備考 原則1部位
<input type="checkbox"/>	MRI	部位	
<input type="checkbox"/>	RI		

<input type="checkbox"/>	胃カメラ	備考
--------------------------	------	----

☎ 0738-24-1786 (直通) FAX 0738-24-2007 (予約専用)

国保日高総合病院用