診察・検査予約申込票

医仁会武田総合病院
地域医療連携室宛

受付時間　:午前8:30分～午後5:00(月～土曜日)
Tel: 075-572-6530(直通)
Fax:075-572-6276(直通)

下記の内容にて紹介致します。

貴医院名 住所・電話・FAX番号	TEL　　FAX

当院受診歴　有　・　無

★当院に受診歴が有り診察券をお持ちの患者様でｶﾙﾃ番号がわかる場合は記入をお願いします。

ｶﾙﾃ番号								

ﾌﾘｶﾞﾅ	(姓)	(名)	性別	生年月日　(明・大・昭・平)
患者氏名			男　・女	年　月　日
住所				
電話　(　　)ー(　　)ー(　　)		〒　－		
受診希望日　:平成　年　月　日　第2希望日:平成　年　月　日				

内科(総合)	血液内科	循環器内科	不整脈科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	小児科	外科	脳神経外科	整形外科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻咽喉科	眼科	産婦人科	心臓血管外科	歯科・口腔外科	神経筋外来	呼吸器外科	糖尿外来	その他	備考欄

放射線検査依頼	検査希望日　:平成　年　月　日　第2希望日:平成　年　月　日	
	CT検査	単　・　造
		撮影部位
		特記事項:ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患有・無　ﾖｰﾄﾞｱﾚﾙｷﾞｰ有・無　他
	MRI検査	単　・　造
		撮影部位
		特記事項:ｱﾚﾙｷﾞｰ疾患有・無　ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ有・無　他
	一般撮影検査	乳腺撮影　骨塩定量測定　他

御来院時、総合案内にて紹介状を御提出ください。

また、保険証を御持参下さいます様お願い致します。