医仁会武田総合病院　患者サポートセンター　　FAX　075-572-6276

診　察　・　検　査　予　約　申　込　票

受付時間
8:30～19:00(平日)
8:30～17:00(土曜)

貴医院名 住所・電話・FAX番号	

ご紹介患者様について〇をつけて下さい。

当院受診歴　有　・　無　（診察券№.　　）　　外来通院中　／　入院中

ﾌﾘｶﾞﾅ	（姓）		（名）	性別	生年月日
患者氏名		（旧姓）		男　・女	（明治・大正・昭和・平成・令和） 年　　月　　日
住所					
電話（　　）-（　　）-（　　）			〒　　－		

連絡事項（症状等、簡単で結構ですのでご記入ください。）

受診希望日　第1希望日：令和　　年　　月　　日　第2希望日：令和　　年　　月　　日

																						備考欄
内科（総合診療科）	血液内科	循環器内科	不整脈科	脳神経内科	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	形成外科	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	

放射線検査依頼	検査希望日　：令和　　年　　月　　日　第2希望日：令和　　年　　月　　日

※造影検査に付きましては、腎機能に問題が無いか紹介状にご記入いただきますようお願いいたします。

CT検査	単　・　造　　インプラント(上顎・下顎) 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	乳腺撮影　骨塩定量測定　X-P(部位：　　)

※予約日確定は10分程度でFAXさせて頂きます。
予約確定に時間が要する場合は直接お電話にてご連絡致します。
患者サポートセンター業務時間外は、翌日FAXさせて頂きます。

患者サポートセンター　TEL：075－572－6530　FAX：075－572－6276

当日、紹介状・保険証をご持参頂きますようお願いいたします。