

診察・検査予約申込票

受付時間

(月)~(金)8:30~19:00
(土)8:30~17:00

貴医院名 住所・電話・FAX番号	
---------------------	--

ご紹介患者様について○をつけて下さい。

当院受診歴 有・無 (診察券No.) 外来通院中 / 入院中

フリガナ	(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、簡単に結構ですのでご記入ください。または、診療情報提供書の添付でも結構です。)

受診希望日 第1希望日: 年 月 日 第2希望日: 年 月 日

希望医師 無・有 () 医師

																					備考欄
総合内科	呼吸器内科	呼吸器外科	睡眠時無呼吸外来	循環器内科	不整脈科	消化器内科	神経内科	糖尿内科	内分泌・甲状腺外来	小児科	外科	形成外科	乳腺外来	直腸肛門外来	整形外科	脳神経外科	泌尿器科	腎臓内科	皮膚科	眼科	心臓血管外科

放射線検査依頼 検査希望日: 年 月 日 第2希望日: 年 月 日

※造影検査に付きましては、腎機能に問題がある方は紹介状に明記していただきますようお願いいたします。

※予約日確定は10分程度でFAXさせていただきます。 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。 尚、患者サポートセンター業務時間外は、翌日FAXさせていただきます。	CT検査	単・造 インプラント(上顎・下顎)	
		撮影部位	
	MRI検査	単・造	
		撮影部位	
	一般撮影	部位:	詳細:
		腎機能異常 (有・無)	
ぜんそく (有・無)		有の方 クレアチニン値 ()	

患者サポートセンター TEL:075-361-1352 FAX:075-361-1337

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。