康生会武田病院　患者サポートセンター　FAX　075-361-1337

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〇をつけてください。

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	（大正・昭和・平成・令和） 年　月　日
住所	〒　—				
電話番号（　）－（　）－（　）			携帯電話（　）－（　）－（　）		

連絡事項（症状等、簡単で結構ですのでご記入ください。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

総合内科	循環器内科	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	泌尿器科	形成外科	眼科	不整脈科	心臓血管外科	糖尿病内科	甲状腺外来	呼吸器外科	放射線科	直腸肛門科	腎臓内科	睡眠時無呼吸科	乳腺外科	内分泌内科	物忘れ外来	パーキンソン病外来	筋電図外来	血液透析	備考欄

放射線検査依頼　第1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分程度でお返事させていただきます。予約の確定に時間を要する場合は当院よりご連絡いたします。尚、患者サポートセンター業務時間外は翌日予約票をFAXさせていただきます。よろしくお願いいたします。

CT 検査	単 ・ 造　インプラント（ 上顎 ・ 下顎 ）	
	撮影部位	
	特記事項：アレルギー疾患 有 ・ 無　ペースメーカー 有 ・ 無	他
MRI 検査	単 ・ 造　インプラント（ 上顎 ・ 下顎 ）	
	撮影部位	
	特記事項：アレルギー疾患 有 ・ 無　ペースメーカー 有 ・ 無	他
一般撮影	部位：	詳細：
ぜんそく（ 有 ・ 無 ）	腎機能異常（ 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・マイナ保険証もしくは資格確認書（有効期限内のもの）をご持参頂きますようお願いいたします。