

紹介患者様 事前診療・検査申込書 (FAX専用)

FAX (専用) 075-702-8412

※緩和ケア・ホスピス外来にはこの様式は使えません (TEL受付のみ)

貴医療機関情報			
医療機関名			
ご住所			
診療科			
医師名			
電話番号			
FAX番号			
フリガナ	男 女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生(歳)
患者氏名			
患者住所 〒			
当院受診歴	あり ・ なし ・ 不明	当院カルテNo.	
患者様は予約日当時	外来通院中	入院中	
希望日時			
第一希望	平成	年 月 日 ()	時 分ごろ
第二希望	平成	年 月 日 ()	時 分ごろ
口診療		希望医師: _____ 医師 ・ なし	
希望診療科: _____ 科			
口検査			
CT	部位 ()	単純・造影	
MR I	部位 () ※頭部MR Iの場合:MRA:有・無	単純・造影	
単純撮影	胸部立位正面 ・ 胸部2方向 ・ 胸部3方向 その他 ()		
内視鏡	上部消化管 (経口・経鼻・セデーション) ※下部内視鏡は先ず消化器内科受診が必要です		
骨密度	腰椎十大腿頸部 ・ 腰椎 ・ 大腿骨頸部 ・ 手関節		
病名または受診・検査目的			

日本パプテスト病院 地域医療連携室

受付時間: 平日9時~17時 (土曜日は12時まで)

TEL 075-702-5951

時間外・休日は、一旦 事務当直者が電話を取り必要な部署へお取次ぎしますので、ご了承ください。