

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
<input type="checkbox"/> 診療		希望医師: _____ 医師 ・ なし	
希望診療科: _____ 科			
<input type="checkbox"/> 検査			
	CT	部位 ()	単純・造影
	MRI	部位 () ※頭部MRIの場合: MRA: 有・無	単純・造影
	単純撮影	胸部立位正面 ・ 胸部3方向 ・ マンモグラフィー 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	
	その他		
病名または受診・検査目的			

日本バプテスト病院 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。)