

森之宮病院 検査申込書〈FAX専用〉

社会医療法人 大道会
森之宮病院 地域医療連携室 宛
FAX 06-6969-3336

紹介元 医療機関名	
住所	
医師名	
電話	
FAX	

◎患者情報

フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
患者氏名					
住所		電話			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	当院 受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※ご来院時に保険証の確認が必要です。患者さんに紹介状と保険証を持参いただくようお願いください。

◎検査紹介項目 ※詳細は検査一覧表をご覧ください。

<input type="checkbox"/> MRI	[単純・造影] [部位 :]
<input type="checkbox"/> CT	[単純・造影] [部位 :]
<input type="checkbox"/> X線TV室	[胃透視・注腸・DIP]
<input type="checkbox"/> 内視鏡	[胃・大腸]
<input type="checkbox"/> 超音波検査	[部位 :]
<input type="checkbox"/> その他	[検査項目 :]
	[部位 :]

◎希望日時

<input type="checkbox"/> 至急検査が必要
<input type="checkbox"/> 希望時間あり
・第1希望： 月 日() 午前・午後()時 ~ ()時頃
・第2希望： 月 日() 午前・午後()時 ~ ()時頃
・第3希望： 月 日() 午前・午後()時 ~ ()時頃
<input type="checkbox"/> 特に希望時間なし

●お問い合わせ先

森之宮病院 地域医療連携室

FAX 06-6969-3336 フリーダイヤル 0120-031-841

受付時間 月～金曜 9:00～19:00、土曜 9:00～12:00 (日・祝日は休み)

※FAXは24時間受け付けております。時間外・休日着信分は翌日対応となりますのでご了承ください。