

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 | | 年 齢 | |
| 患者氏名 | | | | | |
| 住 所 | | 電 話 | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 当 院 受診歴 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | |

※ご来院時にマイナンバーカードの確認が必要です。患者さんに紹介状とマイナンバーカード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 | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 | [部位 : | |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 | [部位 : | |
| <input type="checkbox"/> X線TV室 | <input type="checkbox"/> 胃透視・ <input type="checkbox"/> 注腸・ <input type="checkbox"/> DIP | | |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡 | <input type="checkbox"/> 胃・ <input type="checkbox"/> 大腸 | | |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査 | [部位 | | |
| <input type="checkbox"/> 骨密度 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | [検査項目 : | | |
| | [部位 : | | |

◎希望日時

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|----|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 希望時間あり | | | | | | |
| ・第1希望: | 月 | 日 | 曜日 | 時 | ～ | 時 |
| ・第2希望: | 月 | 日 | 曜日 | 時 | ～ | 時 |
| ・第3希望: | 月 | 日 | 曜日 | 時 | ～ | 時 |
| <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。