

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伝えください。

◎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。

(2025.12改定)