

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	☐ 有	☐ 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。

☐ MRI	[☐ 単純 ☐ 造影]	[部位 :	
☐ CT	[☐ 単純 ☐ 造影]	[部位 :	
☐ X線TV室	[☐ 胃透視 ☐ 注腸 ☐ DIP]		
☐ 内視鏡	[☐ 胃 ☐ 大腸]		
☐ 超音波検査	[部位		
☐ 骨密度			
☐ その他	[検査項目 :		
	[部位 :		

◎希望日時

☐ 希望日時あり	
・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
☐ 特に希望日時なし	

●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。