

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	歳
患者氏名					
住 所		電 話			
生年月日	年 月 日	当 院 受診歴	□あり □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。

☐ 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 :]	
☐ その他	[検査項目 :]	
	[部位 :]	

◎希望日時

☐ 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
☐ 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。