

医療法人協仁会 小松病院
診療および検査予約申込書

TEL：072-823-1521（代表） FAX：072-821-7013（地域医療連携室直通）

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 女	大 昭 平 令	年	月 日 () 歳
住所	(〒)				
電話番号					
患者状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中（待機中・帰宅済）		受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ID： ）	
検査内容	<input type="checkbox"/> 大腸CT（造影） <input type="checkbox"/> 心臓CT（造影） <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> エコー（腹部・心臓・甲状腺・頸動脈・下肢動脈・腎動脈・下肢静脈） <input type="checkbox"/> その他（ABI（p w v）・TBI・ホルター心電図・心電図） ■ MRI（1.5T） ■ CT（64列） ←別紙：「③放射線科検査予約申込書」をFAXお願いします。 ■ 胃内視鏡（経口・経鼻） ←別紙：「④胃内視鏡検査予約申込書」をFAXお願いします。				
希望日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 希望日なし	不可日	① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 () <input type="checkbox"/> 不可日なし		
備考欄					

※本書と診療情報提供書を添付してください。また当日は診療情報提供書の原本を必ず持参ください。

予約受付完了後、「予約票」をFAXで送付させていただきます。

受付時間（平日 9時～16時30分 土曜 9時～12時）以降のお申込みの返信は原則翌日以降（土曜日は翌週）となります。