～　医療法人協仁会　小松病院　診療および検査予約申込書　～

送信日　　年　　月　　日

小松病院　地域医療連携室行

ＴＥＬ：072-823-1521（代）

ＦＡＸ：072-821-7013

【受付時間】　平日　9：00～16：30
　　土曜　9：00～12：00

貴院名：

所在地：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

医師名：

ご担当者名：

●ご記入の上、**診療予約申込書**と**紹介状、保険情報**を当院までＦＡＸしてください。

フリガナ			性別
患者氏名	姓	名	男　・　女
生年月日	大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日　　歳		
住所	（〒　　）		
電話番号	自宅	－　　－	
	携帯	－　　－	
患者状況	□ 入院中　□ 外来通院（待機中・帰宅）	□ 独歩　□ 車椅子　□ 寝たきり	
検査内容	□ MRI（1.5T）　□ CT（64列）　←放射線科画像検査申込票を添付下さい □ MRCP　□ 大腸CT（造影）　□ 心臓CT（造影）　□ 骨密度 □ 胃内視鏡（経口・経鼻）　□ マンモグラフィ □ エコー（腹部・心臓・甲状腺・頚動脈・下肢動脈・腎動脈・下肢静脈） □ その他（ABI（pwv）・TBI・ホルター心電図・心電図）		
希望日	□ 希望日なし　【　不可日　：　】 （①　　月　　日）　（②　　月　　日）　（③　　月　　日）		
備考欄			