

東宝塚さとう病院

FAX専用診療申込書

受付時間 午前9時～午後5時（土・日・祝日を除く）

年 月 日

依頼元情報

医療機関名			
住所	〒		
医師名			
電話番号			
FAX番号			

患者様情報

(フリガナ)			性別	当院受診歴
氏名			男・女	有・無
				(当院診察券番号)
生年月日	大・昭・平	年	月	日 (歳)
住所	〒			
			TEL	()

紹介目的

<input type="checkbox"/> 診 察 (科 医師) (病名:)
<input type="checkbox"/> 入 院 (科 医師) (病名:)
<input type="checkbox"/> CT (単純) (部位:)
<input type="checkbox"/> CT (造影) (部位:)
※血清クレアチニン値 (_____ mg/dl)
血清Cr値の事前確認 未測定です ()
注) 造影検査当日 東宝塚さとう病院にて、検査前診察をおこないます
<input type="checkbox"/> MRI (単純) (部位:)
<input type="checkbox"/> MRI (造影) (部位:)
※血清クレアチニン値 (_____ mg/dl)
血清Cr値の事前確認 未測定です ()
注) 造影検査当日 東宝塚さとう病院にて、検査前診察をおこないます
<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群 簡易検査 東宝塚さとう病院にて診察後 後日自宅で実施
<input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ検査(PSG検査) 1泊入院 (15時来院 翌午前中退院)
<input type="checkbox"/> その他 () ※エコー検査希望の場合は必ず診察が必要になります ※消化器系検査希望の場合は事前の外科診察が必要になります

希望日時

①	年	月	日 ()	午前・午後	時	分頃
②	年	月	日 ()	午前・午後	時	分頃

備考

事前TEL 予約・連絡 (済 ・ 未)

医療法人 愛心会 東宝塚さとう病院 FAX0797-88-5081
 地域医療連絡室 TEL 0797-88-2200