

# 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	

お申し込み ご担当( )様

患者様情報

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

紹介目的

<input type="checkbox"/>	診 察	科	医師 病名:
<input type="checkbox"/>	CT (単純)	(部位: )	
<input type="checkbox"/>	CT (造影)	(部位: )	<b>血清Cr値の事前確認</b>
	※血清クレアチニン値 ( mg/d l )		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: )	<b>血清Cr値の事前確認</b>
	※血清クレアチニン値 ( mg/d l )		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		<input type="checkbox"/> 終夜睡眠ポリグラフ検査(PSG検査)
※エコー検査希望の場合必ず診察が必要です ※消化器系検査希望の場合は事前の外科診察が必要です			

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