

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

☐ 診 察	科	医師	病名:
☐ CT (単純)	(部位:)		
☐ CT (造影)	(部位:)	血清Cr値の事前確認 ※血清クレアチニン値 (mg/dl) 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	
☐ MRI (単純)	(部位:)		
☐ MRI (造影)	(部位:)	血清Cr値の事前確認 ※血清クレアチニン値 (mg/dl) 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	
☐ 睡眠時無呼吸症候群 簡易検査		☐ 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			

都合の悪い日

① 年 月 日 ()	② 年 月 日 ()
-------------	-------------

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