

(様式第3号)

診療・検査申込書

岡波総合病院 地域医療連携室宛 Tel0595-21-3154 (直通)

FAX 0595-21-3145 (直通)

予約受付時間 平日9:00 ~ 17:00

紹介元医療機関

所在地

TEL

FAX

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		当院受診歴	1.有	2.無	3.不明
患者様氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
住所	(電話番号 - -)				
希望日	第1希望		第2希望		希望なし
	月 日 () 時頃	月 日 () 時頃			

○診療申込

受診希望科	内科 ・ 糖尿病外来 ・ 肝臓外来 ・ 神経内科 ・ 呼吸器科 ・ 循環器科 小児科 ・ 外科 ・ 整形外科 ・ 心臓血管外科 ・ 脳神経外科 ・ 皮膚科 泌尿器科 ・ 婦人科 ・ 眼科 ・ 耳鼻咽喉科 ・ 麻酔科 ・ 放射線科 ・ 口腔外科
希望医師	() ・ 指定なし
紹介目的	

〔共同利用(開放病床・医療機器)の希望がある場合には、その内容を記載願います。〕

○検査申込

CT検査	部位 ()	造影検査 (有 ・ 無)
MR I検査	部位 ()	造影検査 (有 ・ 無)
超音波検査	部位 ()	
その他検査		