

松井病院 FAX診察・検査予約票

FAX:0875-23-2100

(貴院控え)

松井病院 地域連携室 宛

申込日 平成 年 月 日

依頼元	医療機関名：	医師氏名：
	T E L：	F A X：

フリガナ 患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	性別 男・女
			年 月 日 (歳)	
住 所	〒	TEL:		当院受診歴
				あり・なし・不明

予約診療科	科	希望来院日	月 日
-------	---	-------	-----

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察と検査 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 入院希望
検査のみの場合 検査区分	<input type="checkbox"/> MRI (単純 ・ 造影) 希望 部位 ()
	<input type="checkbox"/> CT (単純 ・ 造影) 希望 部位 ()
	所見 (要 ・ 不要) ※要の場合、約1週間後の返信となります。
主訴・病傷名	

返信・予約控え

御紹介ありがとうございました。下記の日時に予約しました。

平成 年 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分 () 医師

※緊急時は直接診療科までご連絡をお願いします。

※予約票をFAXにて返信しますので、紹介状と一緒に患者さまにお渡してください。

お問い合わせ先 松井病院 地域連携室 TEL:0875-23-2111(代表)