

診療・検査予約FAX申込書

日付 / /

総合病院 南生協病院 相談連携室

申込先 : FAX:(052)625-0674

紹介元医療機関
名称
所在地
TEL/FAX
科名・医師名

《予約内容》

| | | | |
|---------------|--|-----|----------|
| 診療科 | | | |
| 医師名 | | | |
| 予約希望日・時間 | 年 | 月 | 日() 時 |
| CT検査(単純撮影のみ) | 部位: | | |
| MRI検査(単純撮影のみ) | 部位: | | |
| 胃カメラ | | 感染症 | 有 ・ 無 不明 |
| その他検査 | | | |
| コメント | 紹介目的 <input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他() | | |

《患者様情報》

| | | |
|---------------|---------------|-----------------------------------|
| フリガナ 患者様氏名 | 男 ・ 女 | 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳) |
| 住所 〒 | | |
| 電話番号 | 連絡先 | |
| 当院受診歴 有 ・ 無 | →有の場合 当院ID() | |

FAX・TEL受付時間/月～金 9:00～17:00(水・金のみ19:00) 土 9:00～12:50

お問い合わせ・連絡先/南生協病院 相談連携室

〒459-8540 名古屋市緑区大高町平子36

TEL (052)625-0559(相談連携室 直通)

FAX (052)625-0674(相談連携室 直通)

※予約日時は15分以内にFAXでご連絡致します。