

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	部位:		
MRI検査	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 大正 昭和 平成 令和 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 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 名古屋市緑区南大高二丁目204番地

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。