

予約依頼票

医療法人 尚和会 宝塚第一病院

病診連携室行

(Fax 0797-87-9606)

紹介元医療機関
(医院及び医師名)

TEL

FAX

(患者情報)

ふりがな	
氏名	M・T・S・H 年 月 日生 (歳) 男・女
住所 〒	
	TEL () -

(依頼内容)

内 容	・CT (単純・造影) ・MRI (単純・造影) ・内視鏡検査 ・脳波 ・超音波検査 ・他 ()
部 位	
所 見	必要 ・ 不要
備 考	

※CTとMRIについては別紙の検査依頼用紙をこの用紙と合わせてご利用いただけます

(希望日)

第一希望	月 日 () 曜日 午前・午後 () 時
第二希望	月 日 () 曜日 午前・午後 () 時

受付時間 月～土 9:00～12:00 13:00～17:00 (祝日除く) FAXは24時間稼働

<当院使用欄>

患者番号:

外来担当名:

事務部担当名:

FAX送信時刻: :