

济生会和歌山病院

検査予約申込書

令和 年 月 日

紹介元 医療機関名	
医師名	
TEL	
FAX	

フリガナ		男・女	大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日
電話番号	自宅:	携帯:	
希望 検査	上部内視鏡検査	下部内視鏡検査	心エコー検査
	腹部エコー検査	トレッドミル	CGM
	その他 ()		
傷病名 または 症状			
医師名	医師	<input type="checkbox"/>	希望医師なし
診察希望 日時	① 月 日	<input type="checkbox"/>	診察日希望なし
	② 月 日		
	③ 月 日		
受診歴	患者 ID番号	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明	

※CT検査・MRI検査・栄養指導検査の申込につきましては、専用用紙をご使用ください

※希望診療医師および希望日時については、ご希望にそえない場合がございますのであらかじめご了承ください

济生会和歌山病院 地域医療連携室

TEL:073-424-5186

FAX:073-424-5187