

五條病院

検査予約 F A X : 0747-25-2860

放射線検査 予約申込書

受付時間: 9:00~16:00(土・日・祝日は除く) ※FAXは常時受信しています

年 月 日

医療機関・科名

〒 -

所在地

医師氏名

電話番号

- -

FAX番号
(返信送付先)

- -

※FAX番号が確認できない場合は、予約票の送信ができないことがあります

担当者名

部署

診察希望日	<input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日 () ※予約可能な最も早い日で予約をお取りします(申込み当日の受診は予約できません)
-------	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	年 月 日生 (歳)
住所	〒 -	入院中	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
電話番号	自宅 - -	携帯	- -

希望検査	
------	--

連絡事項があれば記載ください。 ※抗凝固薬、糖尿病治療薬の服用、アレルギーや腎機能障害の既往について、ご記載ください。 ※検査時には診療情報提供書をご持参ください。
--