

検査予約申込書

平成 年 月 日

送信先 済生会和歌山病院 地域医療連携室
FAX 073-424-5187 (直通)
TEL 073-424-5186 (直通)

紹介元医療機関 _____

紹介医師名 _____

フリガナ 患者氏名 男 女 生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日

① 希望検査 (○印をお付けください)

	上部内視鏡検査		下部内視鏡検査		トレッドミル		心エコー
	腹部エコー		血管エコー		頸動脈エコー		栄養指導
	その他 ()						

* CT検査・MRI検査・栄養指導については専用用紙をご使用下さい。

② 希望日時

第1希望 平成 年 月 日 ▪ 第2希望 平成 年 月 日

③ 当院受診歴 あり なし

④ その他 (症状等)

* 検査内容により希望日時については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください。