

各種検査申込書

年 月 日

社会福祉法人 同愛記念病院

貴医療機関名

地域医療連携室

所在地

FAX 03-5819-1816 (連携室直通)

電話番号

TEL 03-5608-3237 (連携室直通)

FAX番号

医師氏名

(ご担当者名)

フリガナ 患者氏名	殿	大・昭 平・令	年 月	才 男・女
フリガナ (-) 現住所				電話 ()
同愛記念病院受診歴	無・有	診察券番号		
希望検査	<input type="checkbox"/> 骨塩定量測定 (放射線科)			
	<input type="checkbox"/> 心エコー (循環器内科)			
希望日	第1希望	月 日	第2希望	月 日
(その他)				

★紹介状を検査前日までに地域医療連携室あてにFAXお願いします。

(FAX 03-5819-1816)

★紹介状は当日ご本人に必ず持参いただくようお願いいたします。