

出雲市民病院 診療予約申込書

FAX用 年 月 日

FAX : (0853) 21-8123

地域連携センター 行

TEL : (0853) 21-2722 (代表)

医療機関・施設名

受付時間 : (平日) 8時30分 ~ 17時

医師名

※受付時間外のお問い合わせは、翌営業日にお返事致します。お急ぎの場合は、電話でお問い合わせ下さい。

TEL

FAX

○患者様は貴院でお待ちですか? はい いいえ

フリガナ	生年月日 : 明治 大正 昭和 平成
患者様氏名 : 男・女	年 月 日 (歳)
TEL : () -	
診察希望日 : 月 日 ()	時頃希望
ご希望診療科 : 内科 整形外科 神経内科 脳神経科 (頭痛・物忘れ) 腎臓内科 (透析)	
呼吸器内科 眼科 循環器内科 血液内科 内分泌内科 耳鼻科 泌尿器科	
ご希望医師名 :	医師
診療目的 : 診察 検査の依頼 入院の相談 胃瘻交換	
ご希望の検査	
超音波 : 腹部 ・ 甲状腺 ・ 下肢血管	神経伝達速度
C T : 単純 造影	【※単純か造影どちらかに丸をお願いします。】
頭部 ・ 脊椎 () ・ 上肢 () ・ 下肢 ()	
側頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ・ 冠動脈	
骨密度測定 : 腰椎 右大腿骨 左大腿骨 右前腕 左前腕	
※前腕・大腿部はどちらか片方のみになります。	
内視鏡 : 上部 ・ 下部	
※一度日程調整・検査説明の受診をしていただき、検査は後日となります。	
その他 ()	
疑い病名 :	
紹介目的及び症状経過 :	

ご紹介 ありがとうございます。