

出雲市民病院 診療予約申込書

FAX用 年 月 日

FAX : (0 8 5 3) 2 1 - 8 1 2 3

地域連携センター 行

TEL : (0 8 5 3) 2 1 - 2 7 2 2 (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 リハビリテーション科 皮膚科 外科					
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した。