

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

济生会横浜市南部病院

心臓超音波、心電図、頸動脈超音波、下肢静脈超音波 検査申込書・紹介状

_____ 様 予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

下記の空欄部分に必要な事項を記入のうえ、南部病院地域医療連携室あてにFAXでご返送ください。
(FAX 045-832-8340)

紹介医療機関の名称 _____ 医師名 _____

住所 〒(_____ - _____)

電話 _____ - _____ - _____
FAX _____ - _____ - _____

フリガナ	性別	生年月日
患者様 氏名	男・女	大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H) _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所	〒(_____ - _____)	電話 _____ - _____ - _____

当院受診歴 (有 ・ 無) _____

患者ID

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

依頼検査 心臓超音波 心電図 頸動脈超音波 下肢静脈超音波

臨床診断名及び検査目的等具体的に記載してください。