

診療・検査予約申込書(FAX用)

患者様からのご予約はお受けできません。
予約受付は前日の午後3時までとさせていただきます。

医療連携室専用FAX番号: 047-387-8222

連携室直通電話 047-387-8100
代表電話 047-311-5550

五香病院 医療連携室 行

医療機関名

医師名

診察・検査を希望します

(○をつけてください)

住所

電話番号

FAX番号

※下記の太枠内をご記入の上、連携室へFAXしてください

申込日 月 日

希望日時(当日申込・再診の予約はできません/予約状況によってはご希望に沿えない場合があります)

(第一希望) 月 日 時頃 (第二希望) 月 日 時頃

ふりがな 患者氏名	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
--------------	------	----------------------	-----

住所 〒	自宅 携帯
------	----------

五香病院受診歴	無・有(科)	五香病院 ID (お持ちの場合)
---------	--------	---------------------

【診療予約(ご希望の診療科・医師名をご記入ください)】

(ご希望がある場合ご記入ください)

診療科 _____ 医師名 _____

【検査予約(ご希望の検査項目・部位に○をつけてください)】

※MR検査・CT検査ご希望の場合は事前に紹介状のコピーを送信願います

検査項目	部位 項目 など
CT検査(単純・造影)	頭部 胸部 腹部 大動脈 四肢 脊椎
胃透視・注腸	
超音波検査	心エコー 甲状腺エコー 腹部エコー
内視鏡検査	胃内視鏡 大腸内視鏡 (希望診療科 内科・外科 希望医師)

(備考)

五香病院記入欄

○下記のご予約をお取りしました

予約日 月 日 時 分 診察・検査 _____

※当日は紹介状、健康保険証、(お持ちならば診察カード)をお持ちになり、予約時間の15分前までに

診察カードをお持ちのかたは自動再来受付機

診察カードをお持ちでないかた・初診のかたは受付

までお越し下さい。