

紀南病院 呼吸機能検査 申込書 兼 診療情報提供書

申込日	年 月 日			
医療機関名				
依頼医師名				
フリガナ 患者氏名				
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
紀南病院を受診したことはありますか ? *		あり ・ なし ・ 不明		
住所	〒 * なしまたは不明の場合ご記入ください。 電話番号 :			
検査希望日	第1希望	年 月 日	午前 ・ 午後	
	第2希望	年 月 日	午前 ・ 午後	
	第3希望	年 月 日	午前 ・ 午後	
臨床診断名				
身長		体重		
c m		k g		
検査目的・依頼内容等				

紀南病院使用欄

様の検査日時は

年 月 日 () 時 分 です。

当日は、予約時間の15分前に総合受付へお越しください。

予約日時に来院できなくなった場合は、お早めに紀南病院 地域連携室へご連絡ください。

TEL : 05979-2-0500 (地域連携室直通) または05979-2-1333 (代表)