

济生会和歌山病院

検査予約申込書

紹介元 医療機関	
紹介医師名	
FAX番号	

年 月 日

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日生
電話番号			
希望検査	上部内視鏡検査 下部内視鏡検査 心エコー検査 CGM	栄養指導 腹部エコー トレッドミル その他()	
傷病名 または 症状			
希望日時	① 月 日	なし	
	② 月 日		
	③ 月 日		
当院受診歴	あり	なし	

※ CT検査・MRI検査・栄養指導については専用用紙をご使用下さい。

※ 検査内容により希望日時については、ご希望にそえない場合がありますので、あらかじめご了承ください

济生会和歌山病院 地域医療連携室

TEL:073-424-5186

FAX:073-424-5187