

名古屋掖済会病院
FAX 検査予約連絡票

診療情報提供書 **骨シンチ**

記載日 年 月 日

所在地
医療機関名
医師氏名
T E L
F A X

フリガナ	旧姓	生年月日 大・昭・平・令
氏名 (男・女)		年 月 日 (歳)
〒	固定電話 () -	
住所	携帯電話 () -	

検査希望日時 月・水・金 の検査となります

☐ 第1希望 年 月 日	☐ 希望日なし
☐ 第2希望 年 月 日	☐ 曜日のみ希望 月・水・金
☐ 第3希望 年 月 日	

診断名・症状・治療経過など

☐ 別紙、診療情報提供書参照

医師氏名

- ※ FAX 検査予約連絡票（こちらの紙）を検査の**2営業日前**までに FAX 送信下さい。
※ 予約受付後「検査予約票」「予約票」を FAX いたしますので、患者様にお渡しください。
※ 平日 16 時 50 分以降および土日祝日にお申し込みの場合、翌営業日に返信させていただきます。

名古屋掖済会病院 地域医療支援センター
TEL:052-652-7954

FAX:052-652-7953