

F A X 予 約 申 込 書

★FAX 受付時間：月～金曜日 8:30～17:00 / 第1・3土曜日 8:30～12:00(予約のみ)
 (時間外・日曜祝日のFAX 受付の返信は、翌外来診療日となります)

送信先	新津医療センター病院 地域連携相談センター TEL 0250-24-9115 FAX 0250-25-1323
-----	---

送信元	紹介医療機関			
	医師名			
	TEL		FAX	

病名または症状					
受診希望日	令和	年	月	日 (曜日)	午前 ・ 午後
受診科・希望医師	科		先生		
記入して下 さい 検査のみ の場合	CT	部位 () 単純・造影	診断(要・不要)	CD-Rデータ(可・否)	
	内視鏡	胃 ・ 大腸			
	その他検査				
	薬剤アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明	(薬剤名：)		
	造影剤アレルギー	有 ・ 無 ・ 不明			
	抗凝固剤・血栓溶解剤の使用	有 ・ 無 ・ 不明	(薬剤名：)		
	感染症(一年以内)	有 ・ 無 ・ 不明	HBs 抗原	HCV 抗体	RPR

【診療申込書】 ※全てご記入ください。

新津医療センター病院 受診歴	有	無	不明
紹介状持参	有	無	

(フリガナ)					
氏 名					
生年月日・年齢・性別	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 (才)	男 ・ 女
郵便番号	〒	—			
住 所					
電話番号					