

K K R 高松病院診療検査依頼 F A X 予約申込書

KKR 高松病院地域医療連携室

F A X 087-834-1795

T E L 087-861-3261

直通携帯 080-5660-3385

紹介元 医療機関名		医師名	先生			
F A X 番号		T E L 番号				
ふりがな		性別	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	歳
患者氏名		男・女				
患者住所	市 丁目 町 番地 郡 番					
希望する 診療科名	科		希望する 検査名			
受診・検査 希望日	平成 年 月 日		希望医師名	医師		
			当院受診歴	有 無 不明		
受診・検査 目的						

診療所先生方へのお願い

- 1 F A X 診療検査申込書により当院での待ち時間短縮を図ります。
- 2 造影剤を使用する検査は腎機能検査値の記入をお願いいたします。
- 3 ご希望の診察日・検査日につきましては当院の診療案内・外来担当医一覧をご参照下さい。
- 4 折り返し返信いたしますので予約票と診療情報提書を患者様にお渡し下さい。
- 5 ご不明な点がありましたらご連絡お願いいたします。