

パネル検査 紹介患者予約申込書

■送信元

貴医療機関名 :
(紹介元医療機関名)

診療科 :

予約申込日 : 令和 年 月 日

ご担当医師名 :

電話番号 :

FAX番号 :

■ご紹介患者情報

氏名	ふりがな		性別	住所			
			様 男 女				
生年 月日	T S	年	月	日	歳	電話番号	
	H R					貴院での受診状況	外来診療 入院治療中(診療科名)
連絡事項							
予約日のご希望 (受診までの期間や、患者さんやご家族のご都合のよくない日等のご事情がありましたらご記入ください。)							

【ご連絡】

- ・ 予約確定後、3営業日以内に「予約票」をFAXにて送信いたします。
- ・ 予約受付時間は平日の8:30~17:00です。それ以外は、翌業務日以降のお取り扱いとなります。

*当院使用欄

予約日	年 月 日()	予約時間	:	通信欄
		予約診療科		