

診療予約申し込み表（FAX 用）

本厚木かかりつけクリニック 行



FAX : 046-297-1920

TEL : 046-297-1919

貴医療機関名

ご担当者様 ()

TEL

FAX

受診 希望日	第1希望	月 日 ()	午前・午後 (:)
	第2希望	月 日 ()	午前・午後 (:)

予約内容	()	レントゲン検査	部位	胸部・腹部・胸椎・腰椎・下肢・上肢・()
	()	超音波検査	部位	腹部・心臓・頸動脈・甲状腺・体表・下肢血管・()
	()	CT検査	部位	頭部・胸部・腹部・骨盤部・頸椎・腰椎・胸椎・()
	()	PCR検査 発熱・渡航など	※予約当日の検査が可能です。 発熱などでお急ぎの検査が希望の場合はお電話にてご連絡ください。	
	()	ホルター心電図・負荷心電図(サイクルエルゴメーター)・骨密度検査(DEXA法) 呼吸機能検査・ポリソムノグラフィ		

患者情報	氏名		性別	男・女
	ふりがな		生年 月日	(T/S/H) 年 月 日
	電話連絡先			
	当院 ID	※再診の方のみ		

予約内容などを確認後、
予約日時確定しましたら当院よりお電話申し上げます。

ご予約なしでの来院も可能ですので、

お急ぎの場合はお手数ですが、直接お電話ください。

問い合わせ先

本厚木かかりつけクリニック

TEL 046-297-1919 / FAX 046-297-1920

【予約受付時間】

月～金曜日 午前 9:00～13:00

午後 15:00～20:00

土曜 午前 9:00～13:00

