

診療予約申し込み表

貴医療機関名

TEL :
FAX :
E-mail :

ご担当者様 ()

【お問い合わせ先】
本厚木かかりつけクリニック
E-mail: saso@kakakuri.com
TEL : 046-297-1919
FAX: 046-297-1920

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

<患者情報>

氏名		性別	男・女
ふりがな		生年月日	(大正/昭和/平成/令和)
電話番号			年 月 日
診察券番号	※再診の方のみ		() 歳

<依頼目的>

※病状経過、検査目的など

<依頼内容>

	レントゲン検査	部位	胸部 腹部 胸椎 腰椎 上肢 下肢
	単純 CT	部位	胸部 腹部 頭部 頸椎 胸椎 腰椎
	造影 CT	部位	胸部 腹部
	超音波検査	部位	心臓 腹部 頸動脈 甲状腺 体表 下肢血管
	ホルター心電図		
	負荷心電図		
	呼吸機能検査		
	骨密度検査		
	ポリソムノグラフィ		
	発熱外来		

