

FAX 03-3309-8152

上部内視鏡検査予約申込書

社会福祉法人 康和会
久我山病院

医療介護相談センター 行
TEL:03-3309-1116
FAX:03-3309-8152

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名

フリガナ				性別	男性・女性		
患者氏名							
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	電話番号	()	-
住所	〒						
当院受診歴	有り・無し	当院診察券番号 (お持ちの方)					
病名・症状							
希望日時	第一希望	月 日 (曜日) ①9:00受診→10:30検査 ②9:30受診→11:00検査					
	第二希望	月 日 (曜日) ①9:00受診→10:30検査 ②9:30受診→11:00検査					
抗凝固剤	<input type="checkbox"/> 使用なし <input type="checkbox"/> 使用あり()						

ご紹介頂く先生へのお願い

- ◎ お電話でもご予約をお取りいただけます。(医療機関からのみ)
- ◎ FAX受信後、10分～15分程度で予約票をFAX致します。

- 予約当日は
- ①診療予約票
 - ②紹介状
 - ③健康保険証
 - ④お薬手帳

をお持ちいただき、予約時間10分前までに総合受付にお越しください。

FAX受付時間

- 月～金曜日 9時～17時
- 土曜日 9時～12時

※FAX受付時間外の場合は翌日(祝・日除く)のご連絡になります。

