

診察・検査依頼予約申込書

依頼日： 令和 年 月 日

【紹介先医療機関名】



医療法人社団大坪会
三軒茶屋第一病院

〒155-0024
東京都世田谷区三軒茶屋1-22-8

【紹介元医療機関名】

所在地

(TEL)

(FAX)

医師氏名

| | | | |
|----------------------|---|---------|--------------------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 |
| 患者氏名 | 様 | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | 電話 (自宅) | |
| | | (携帯) | |
| 保健種別等 | <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 | | |
| 三軒茶屋第一病院受診歴 (有・無・不明) | | | |

受診希望科

外来診察 診察科 _____ 医師名 _____

CT 撮影部位 _____

骨密度検査

備考

受診・検査希望日

第1希望 月 日 午前・午後 (:)

第2希望 月 日 午前・午後 (:)

第3希望 月 日 午前・午後 (:)

その他 ()

必要事項ご記入の上、下記の番号へFAX送信お願い致します。

FAX:03-5787-2212

医療法人社団大坪会 三軒茶屋第一病院

TEL:03-5787-2211(代表)

【受付時間】 午前9:00~11:30

午後1:00~ 4:30