

FAX診療・検査・栄養指導申込書

年 月 日



独立行政法人 国立病院機構 下志津病院 宛

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師氏名

診療希望	1. 診療希望	FAX : 043-422-3437(直通)
	科 _____ 先生 _____ 希望日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時	(地域医療連携室)
検査・ 栄養指導希望	2. CT・MRI・骨密度検査	FAX : 043-422-3437(直通)
	希望日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時	(地域医療連携室)
	3. 栄養指導	FAX : 043-422-2737(直通)
	希望日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時	(栄養管理室)
	4. 検査(心電図・肺機能・聴力)	FAX : 043-422-2610(直通)
	希望日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時	(臨床検査科)

患者情報	フリガナ _____
	紹介患者名 _____ 様 男 ・ 女
	生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳
	住所 〒 _____
	電話番号 _____

- ※ 患者さんには『診療情報提供書』又は『検査・栄養指導依頼書』(折り返しFAXで送ります)をお渡しして頂こう、お願いいたします。
- ※ ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。
- ※ FAXにつきましては、前日の16時30分頃までをお願いいたします。

* 地域医療連携室
TEL 043-422-3025