

# FAX 専用 呼吸機能関連検査予約申込書

平成 年 月 日

刀根山病院 地域ネットワークセンター 宛

FAX **06-6844-8778**

TEL 06-6853-2090 (直通)

06-6853-2001 (代表)

受付時間：平日 9:00~19:00

(木曜日のみ 9:00~17:00)

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承下さい。

●当院でのご希望をお知らせ下さい。

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科での診察も希望 ※診療情報提供書をこの申込書とともにFAXしてください。(原本は当日お持ちください)	→ 呼吸器科初診 予約
<input type="checkbox"/> 検査のみの希望 ※診療情報提供書は不要です。 ※検査結果は当日患者さまへお渡しします。	→① 呼吸機能検査スクリーニング予約 (スパイロメトリー、フローボリューム曲線測定) ② ①+モストグラフ(総合呼吸抵抗測定装置) 予約 ③ 呼気NO予約
※①、②と③の同月検査依頼は避けてください。	移動形態 (必須) <input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 要介助(歩行可) 又は車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー

●刀根山病院 診察券 (有・無)

ID番号

--	--	--	--	--	--	--

●受診希望日 等があればご記入下さい。

--

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭和・平
氏名				年 月 日
住所	(〒 — )			
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ( )			

※持参資料、診療情報提供書(原本)は患者さまが受診日にお持ちいただく様をお願い致します。

※検査のみの場合は資料・診療情報提供書は不要です。