

浜松南病院 外来受診・検査申込書

年 月 日

フリガナ		性別	保険者番号	
氏名		男・女	記号・番号	
			区分	本人・家族(割合負担)
生年月日	西暦	年 月 日	後期 高齢者 医療保険	保険者 番号
現住所	〒			被保険者 番号
TEL	()	—	公費	公費番号
				受給者 番号

予約日時	年 月 日	午前	時 分
		午後	

●診療科の番号を○で囲んでください。

1	内科	2	消化器内科	3	整形外科 リハビリテーション科	4	外科	5	皮膚科
6	脳神経内科	7	呼吸器内科	8	糖尿病・ 内分泌内科	9	泌尿器科		

●ご希望の検査を○で囲んでください。

MRI(単純・造影)	CT(単純・造影)	骨密度	内視鏡*	ABI
エ コ ー *	腹部エコー	心エコー	甲状腺エコー	乳腺エコー
	頸動脈エコー	下肢動脈エコー	下肢静脈エコー	

*内視鏡とエコー検査については、外来受診も必要となります。別途、診療情報提供書のご作成をお願い致します。

【紹介医療機関】

受診は完全予約制ではありませんが、待ち時間短縮のため予約取得にご協力をお願いします。
 なお、検査は完全予約制ですが、当日の検査に対応出来る場合もございます。
 まずは、地域医療連携室へご連絡ください。



地域医療連携室

直通FAX: 0120-835-373
 直通TEL: 0120-834-373