

予約依頼書（送 信）

令和 年 月 日

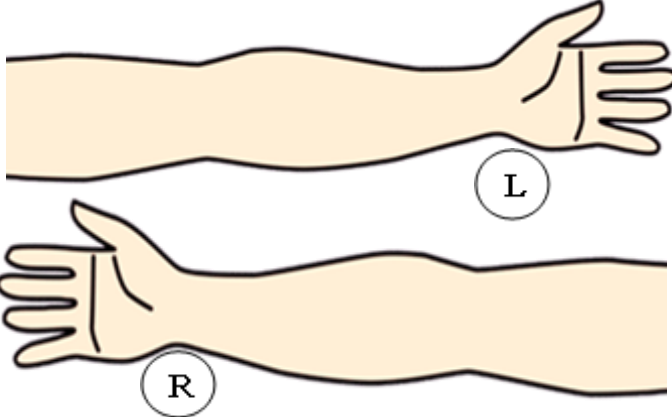
紹介先 うぬま東クリニック

紹介元

担当者 _____

TEL

FAX

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所 TEL /携帯	〒		依頼目的 <input type="checkbox"/> 診察 () <input type="checkbox"/> P T A <input type="checkbox"/> 手術
診察 希望日	第1希望日 年 月 日	第2希望日 年 月 日	
感染症の有無：HBV：() HCV：() MRSA：() その他：() シェント：(右 ・ 左) (AVF ・ AVG) アレルギー：造影剤 抗生物質 鎮痛剤 その他 () 内服薬：血小板凝集抑制剤 () 抗凝固剤 ()			
シェント図		特記事項（連絡事項）	
			

.....

予約確認表（返信）

御中

令和 年 月 日

患者 _____ 様の検査等は _____ 年 _____ 月 _____ 日に予約を受付致しました。
 当日は _____ 時 _____ 分までに紹介状・保険証・お薬手帳を持って来院して頂くようお願い致します。

うぬま東クリニック

TEL058-370-8701 FAX058-370-8971