

# 予約依頼書（送 信）

令和      年      月      日

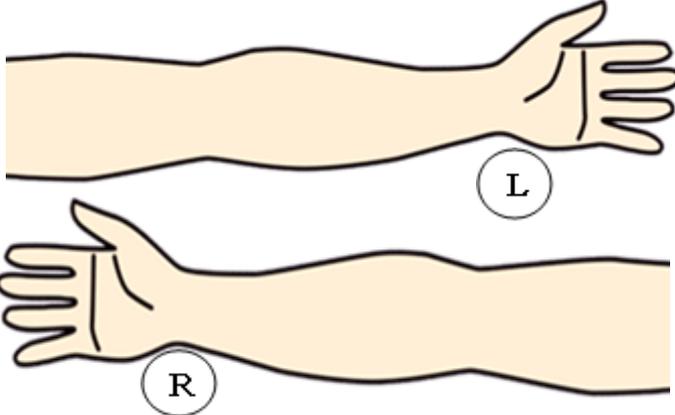
紹介先 うぬま東クリニック

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