

令和 年 月 日

FAX 大腸内視鏡検査予約申込書

送信先

社会医療法人仁愛会 新潟中央病院 地域医療連携室

直通 FAX (025) 280-0283 代表 TEL (025) 285-8811 内線 231

◇受付時間◇ 月～金曜日 午前9時～午後7時00分

紹介元医療機関

TEL () -

FAX () -

医師名 _____

連絡ご担当名 _____

◆受診希望◆

検査希望医師	<input type="checkbox"/> 中嶋医師 <input type="checkbox"/> 渡辺医師 <input type="checkbox"/> 希望なし
抗凝固剤内服	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項	

※紹介状（情報提供書）もあわせてFAXお願いします。

◆患者様情報◆

フリガナ	性別	生年月日
氏名	男・女	大・昭・平・令
(旧姓)		年 月 日 (歳)
住所 〒 -		
電話番号 () -		携帯
当院受診歴	あり (患者番号 -)	・ なし