

【 2泊3日 頸動脈検査入院申込書 】

(紹介医 → 患者サポートセンター)

広南病院
患者サポートセンター 行き
FAX : 022-308-7372 (直通)
TEL : 022-308-7371 (直通)
〒982-8523 仙台市太白区長町南4-20-1

【紹介元情報】

年 月 日

医療機関名 :
所在地 :
電話番号 :
FAX 番号 :
診療科名 :
医師名 :

- ◆ 受付時間 8 : 30 ~ 16 : 30
- ◆ 受付時間外、土日祝日は担当者不在のため、翌診療日の対応になります。
- ◆ 当院より患者さんへ 入院担当者が直接お電話し、入院日の調整等を行います。

【患者情報】

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	明治・大正 年 月 日 歳 昭和・平成
住所	〒 -		
連絡先	① () ② ()	※平日(月~金)日中につながる 連絡先の記入をお願いします	
希望入院時期	年 月頃 ・ <input type="checkbox"/> 特になし		
該当項目に チェック	手術などで体内に金属が入っていますか <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> クリップ <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> シャントバルブ <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※詳細確認のため、診療情報提供書をこの用紙と共にお送りください。

※患者さんが入院時、診療情報提供書を持参するようお取り計らいください。

【広南病院記入欄】 ※下記は記入しないでください。

診療科	血内	受診歴	無・有 (年 月頃)
入院日	年 月 日 :	外来番号	
		ID	