様式１

診療・検査予約申込書

申込日　平成　　年　　月　　日

ふりがな 患者様氏名		性別	男 女	生年月日	明・大・昭・平 年　　月　　日
住　所	(TEL　　－　　－　　)				
受診希望日	平成　　年　　月　　日（　　）　　時				

貴　院　名		医師名	
住　　所 電話・FAX			

（診療申込書）

受 診 科 名		医師名	
主訴又は病名			
紹　介　の 目　　的	☐　精査・診断　　・上部消化管内視鏡検査（食道・胃・十二指腸） ・下部消化管内視鏡検査（大腸・直腸） ・気管支鏡検査 ☐　治療　　☐　手術　　☐　入院　　☐その他（　　）		

（検査申込書）

Ｃ　Ｔ　検査	☐　頭部　　☐　胸部　　☐　腹部　　☐その他（　　） 【 ☐ 単純　　☐ 造影 】
ＭＲＩ検査	☐ 頭部　☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ 腹部　☐ 膝関節 ☐ 股関節　☐その他（　　） 【 ☐ 単純　　☐ 造影 】
Ｒ　Ｉ　検査	☐骨 ☐甲状腺 ☐肺(血流) ☐心筋(安静時) ☐腫瘍 ☐その他（　　）
超音波検査	☐腹部　　☐ 甲状腺　　☐その他（　　）

その他当院 への連絡事項	

送信先　独立行政法人 国立病院機構 南京都病院地域医療連携室
電話(直通:ダイヤルイン) ０７７４－５２－０１１４（アナウンス後）２３１・６５９・７９４
電話(病院代表)　　０７７４－５２－００６５
ＦＡＸ　　０７７４－５８－０２７０
お急ぎの場合は電話での予約も可能です