

診察・検査FAX予約申込書

紹介先医療機関名
東邦大学医療センター大橋病院
〒153-8515
東京都目黒区大橋2-2-36

紹介元医療機関名
所在地
(TEL)
(FAX)
医師氏名

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	殿	男・女	明・大 年 月 日 昭・平 (才)
住 所	〒		電話(自宅) (勤務先)

東邦大学医療センター大橋病院受診歴(有・無・不明)

予約種類(A～Fの□にチェックを入れて下さい)

A. 外来診察 診療科 _____ 医師名 _____

B. CT or MRI 撮影部位 _____

C. 核医学検査(RI) 撮影部位 _____

※核医学検査は、薬品の準備等の関係から折り返し検査室より確認のお電話をいたします。

D. 生理機能検査 検査項目 _____ 検査目的 _____

※生理機能検査の最終受付は、平日：PM4:20、土日：PM1:00迄となります。

E. 上部消化管内視鏡検査 F. 骨密度検査

備考

受診・検査希望日／来院可能な複数の日もしくはご都合の悪い日・曜日をご記入下さい。

希望日 第1希望(月 日)・第2希望(月 日)・第3希望(月 日)

都合の悪い日・曜日()()

この診察・検査予約申込書を下記の番号にてFAXして下さい。

FAX・03-3468-6191

東邦大学医療センター大橋病院 患者サポートセンター・病診連携部門

TEL・03-3481-7385(直通) 03-3468-1251(代表)

※紹介状は患者様にお渡し下さい。



Toho University