

動脈硬化検査申込書

(2025年12月改訂)

FAX 0853-30-6508

年 月 日

島根県立中央病院
担当医 殿

医療機関 _____

医師名 _____

TEL _____

FAX _____

下記、患者の検査予約を依頼いたします

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> R
患者さま氏名.....	<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	(歳)			
患者さま住所.....						
電話番号 () -						
第一希望日	第二希望日		第三希望日			
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
島根県立中央病院 診察券番号 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						

きりとりせん

動脈硬化検査予約票

(当日持参してください)

次のとおり予約をしましたので、検査予約時間15分前までに検査予約票、マイナンバーカードまたは資格確認書をご持参ください。

尚、診察券をお持ちの方は2階生理検査受付Hへ、お持ちでない方は1階総合受付へお越しください。

お名前	様	ID	-	-	-
予約時間	月 日 () 曜日	時	分		

注：やむを得ず来院できない場合(予約変更など)はお手数ですが依頼元医療機関まで必ずご連絡をお願いします

島根県立中央病院
入退院支援・地域医療連携センター
0853-30-6500