

検査依頼書

FAX送付票

医療法人寿人会 木村病院(鯖江市)

FAX.0778-51-0624

予約 緊急

地域医療連携室(直通) TEL.0778-51-6171

申込日 平成 年 月 日

紹介元	医療機関		医師氏名	⑩	
	所在地	〒 -	TEL	FAX	

患者基本情報	ふりがな		性別	生年月日	
	患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	住所	〒 -	TEL		
	当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明			

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> その他
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> その他
脳波	

連絡事項

症状経過・検査結果

連絡事項