

診療情報提供書 兼 生理検査予約申込書

FAX (直通) 03-5605-7182 (原本は患者さんへお渡しください)

※FAX 受信後、受診日や予約時間の調整のため、電話連絡をさせていただきます。

年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院

<input type="checkbox"/> 予約希望日あり
第1希望 年 月 日
第2希望 年 月 日
第3希望 年 月 日
<input type="checkbox"/> 特になし

貴院名 :
所在地 :
電話番号 :
FAX番号 :
診療科 :
医師名 :

(東京臨海病院 ID :)

患者氏名 および 生年月日	フリガナ 様 (男・女)	大正・昭和 年 月 日生 (歳) 平成・令和 (職業)
住所	(〒 -)	TEL ()
主訴または病名・症状		
既往歴・治療経過等をご記入ください		
現在の処方		

ご依頼検査	注) 心エコー検査報告書は翌開院日に発送いたします。
	注) 神経伝導検査・脳波検査報告書は検査日から約 1 週間後に発送いたします。
	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 (心エコー)
	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査 ※基本セットに、正中・尺骨・腓骨・脛骨・腓腹神経が含まれます。 <input type="checkbox"/> 両上肢 <input type="checkbox"/> 右上下肢 <input type="checkbox"/> 左上下肢 <input type="checkbox"/> 両上下肢
<input type="checkbox"/> 脳波検査 ※基本セットに、過呼吸負荷・光刺激・(眠った場合)睡眠脳波が含まれます。	

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 医療連携室 TEL : 03-5605-8811 (代)

【受付時間】 月～金曜日 : 8:30～17:00 第2・4土曜日 : 8:30～12:00

2024年1月 改定
2023年6月 医療連携室 作成