

フリガナ			
氏名			当院受診歴 有 ・ 無
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)	性別	男 ・ 女
住所			
電話		携帯電話	

受診を希望する診療科に○を付けて下さい。

※画像検査のみを希望される場合は、診療科の選択は必要ありません。

内科	血液内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	心療内科	糖尿病内科	脳神経内科	総合診療科	外科	整形外科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	皮膚科	眼科	小児科	心臓外科	血管外科	ペースメーカー	女性診療科	禁煙外来
時間予約あり												時間予約なし									

希望する画像検査に○を付けてください。

検査種類	MRI						CT					
検査部位	頭部	腹部 (MRCP含)	脊椎(頸・胸・腰)	頭部	胸部	腹部	その他()					
検査項目	単純	造影	造影ダイナミック	単純	造影	造影ダイナミック	その他()					

主訴または傷病名

※診療情報提供書を同時にFAXいただけない場合は、必ずご記入ください。

診察希望医師		医師氏名			
※診察医の希望があればご記入ください					
受診希望日	第1希望	令和	年	月	日
	第2希望	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	令和	年	月	日以降の最短
	<input type="checkbox"/>	希望なし			

※予約票の返信に時間を要す場合は、事前に紹介元医療機関様へ連絡いたします。

紹介元医療機関					
名称・所在地(ゴム印可)			依頼日	令和	年 月 日
			電話	_____	
			FAX	_____	

日野病院 地域連携推進室

〒689-4504 鳥取県日野郡日野町野田332

受付時間 月～金(土日祝祭日・年末年始は除く) 8時30分～16時45分

連絡先

電話 0859-72-2714(直)

FAX 0859-72-0089