



南岡山医療センター 予約申込書 (FAX 送信用)

FAX 086 - 482 - 3051

* 予約日時が決まり次第、「受診予約票」をFAXさせていただきます。 令和 年 月 日

紹介元医療機関名・住所	医師名
	TEL
	FAX

●患者様情報

フリガナ 患者氏名		
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	性別	男・女
電話番号	() -		
主訴 (病名等)			

●予約診療科および予約日

受診希望科	科		医師
受診希望日	第一希望： 月 日	第二希望： 月 日	
	* 都合の悪い日・曜日等があればご記入ください。		<input type="checkbox"/> 入院中

●予約内容

画像検査	<input type="checkbox"/> CT [頭部・胸部・腰椎・その他 ()]	<input type="checkbox"/> 骨密度
	<input type="checkbox"/> MRI [頭部・頸椎・腰椎・その他 ()]	
画像 + 検査	<input type="checkbox"/> 頭部MRI + 頸動脈エコー (郵送のみ)	
返書方法	原則郵送 希望のみ <input checked="" type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 画像のみ持ち帰り + 所見郵送)	
内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (経鼻・経口) <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡	
栄養相談	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症食 (1・2) <input type="checkbox"/> 脂質異常食 <input type="checkbox"/> 心臓食 (1・2) <input type="checkbox"/> 高血圧食 (1・2) <input type="checkbox"/> 腎不全食 (1・2) <input type="checkbox"/> 腎・ネフローゼ食 2 <input type="checkbox"/> 痛風食 <input type="checkbox"/> 食 エネルギー kcal タンパク質 g	

<地域医療連携室 受付時間>

◆ 平日 8:30~17:15

南岡山医療センター 地域医療連携室

〒701-0304 岡山県都窪郡早島町早島 4066

TEL: 086-482-3031 (地域医療連携室)