小児科　長時間ビデオ脳波検査予約依頼票（診療情報提供書）

以下の項目をご記入いただき、ＦＡＸ送信をお願いいたします。

年　　月　　日

〒252-0001
神奈川県座間市相模が丘 6-24-28
医療法人興生会　相模台病院
代表：046-256-0011
患者総合相談室
電話：046-256-0533
FAX：046-256-0785

貴医療機関名	
住　　所	
電 話 番 号	
ＦＡＸ番号	
医　師　名	

患者さま情報

ふりがな		性　別	（　男　・　女　）
氏　　名		生　年 月　日	年　　月　　日（　　才）
住　　所			
連絡先 1		当　院 受診歴	（　あり　・　なし　） 「あり」の場合 ID No,：
連絡先 2			

紹介内容

診断名または主訴	
診療希望日	第一希望：　　月　　日 第二希望：　　月　　日
その他・備考	

＜確認事項＞

- 当依頼票を確認後、当院より患者さま連絡先へお電話で予約の調整をいたします。
- 予約日は原則**木・金曜日入院（入院予約時間：１１時００分）**となります。
- 診療情報提供書は当日お持ちください。
- ご不明な点はお電話にてお問い合わせください（患者総合相談室直通：046-256-0533）

ＦＡＸ番号：０４６－２５６－０７８５（患者総合相談室）