

肺機能検査、マンモグラフィー、皮膚灌流圧検査(SPP)
神経伝導検査 依頼書

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

患 者	(フリガナ) 氏 名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID.) 無	
	生年月日	年 月 日生 (歳)	職業	
	住 所	〒 ☎ () - 連絡先 () -		

検査希望日 : 第一希望 月 日 第二希望 月 日

希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 月 日

病名ないし疑しい診断:

<申し込み検査> (チェックをつけてください。)

肺機能検査

マンモグラフィー

SPP

神経伝導検査

申し込み先:神戸掖済会病院 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300