

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 1. 有 (ID ) 2. 無	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	職業	
	住 所	〒 自宅 ( ) - 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 FAX 078-781-7300  
 TEL 078-781-1411