

日本大学病院 検査申込書

日大病院へFAX送信後、患者様へお渡し下さい。

予約日時： 年 月 日 ()
時 分

紹介元医療機関

所在地

名称

電話

科名

医師名

検査内容：該当検査に○をお付け下さい。

放射線	内視鏡	超音波	生理機能
CT	上部	腹部	心電図
MRI	下部	心臓	ホルター心電図
RI	上下	頰動脈	

病歴番号										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

日大病院で診療を受けたことがありますか？		有 (年 月頃) ・ 無	
フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	氏 名	男	大・昭・平
		女	年 月 日 才
現住所	都 道 区 府 県 市 郡		TEL ()
連絡事項			

患者様へ

※ この用紙にて検査申込を行っております。ご来院の際は、紹介状・保険証・検査に関する説明・同意書等と一緒に1階中央受付にご提出下さい。

※ 受付時間は午前8:00より行っております。予約時間1時間～30分前までにお越し下さい。

<問合先> 日本大学病院 医療連携室

〒101-8309 東京都千代田区神田駿河台1-6
TEL 03-3293-1741 (医療連携室直通)
FAX 03-3293-1742
<http://www.nihon-u.ac.jp/hospital/>