

## ものわすれ外来 受診申込書 (FAX 用)

紹介元医療機関 .....

所在地 .....

TEL / FAX .....

担当科 .....

医師氏名 .....

太枠の中をご記入の上、情報提供書を添えて FAX して下さい

フリガナ 患者氏名	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
住 所	TEL ( ) -
神戸朝日病院での 受診歴	有 無 不明
予約希望日	第1希望 月 日 (金) 第2希望 月 日 (金) 希望日なし ご都合の悪い日 ( )
希望内容	<input type="checkbox"/> もの忘れ外来 (頭部 MRI 含む) <input type="checkbox"/> MRI (VSRAD) のみ
連絡事項	
予約日時	もの忘れ外来 月 日 ( ) 時 分
	頭部 MRI (VSRAD) 月 日 ( ) 時 分 検査前の準備のため 時 分にお越しください
連絡事項	

検査当日は、この用紙の他に、①保険証 ②情報提供書 ③MRI 検査所見用紙 (VSRAD) ④診察券 (神戸朝日病院の診察券をお持ちの方) をご持参の上、受付窓口までお越し下さい。

当日予約時間に遅れる場合は、必ず神戸朝日病院 (078-612-5151) までご連絡下さい。