

診療情報提供書

★まずは、検査希望日をお電話にてお知らせ下さい。

令和 年 月 日

医療法人社団 恵仁会 セントマーガレット病院 殿

〒276-0022 八千代市上高野 450

TEL 047-485-5111

FAX 047-487-8793 (医療サービス直通)

医療機関の名称

及び所在地

TEL

FAX

担当医師名

印

フリガナ 患者氏名	
	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 男・女
傷病名	
紹介目的	ABI

症状経過 検査結果 治療経過 処方 既往歴/家族歴	
受診歴 (セントマーガレット病院)	有り 無し
備考/○印	身長 (cm) 体重 (kg) シャント { 無し 有り (右腕 ・ 左腕) }
予約日時	年 月 日 () 時

<ご案内>

①検査可能日は、月・火・木・金（祝祭日を除く）の11時もしくは13時となります。

②検査結果につきましては検査実施後、翌営業日に郵送又は配送にてお届けします。