

摂食・嚥下機能検査予約票（FAX専用）

年 月 日

<紹介元>

〒

医療法人 IHI播磨病院

所在地

施設名

地域医療連携室 経由

担当者氏名

NST

宛

TEL

FAX

予約希望日 年 月 日 ~ 年 月 日 一泊二日入院

患 者	フリガナ		希望個室	<input type="checkbox"/> 個室	<input type="checkbox"/> 2人部屋	<input type="checkbox"/> 4人部屋
	氏名	男・女	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日	(歳)
	住所	電話: - -				
添付書類	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能検査を受けられる方へ(枚) <input type="checkbox"/> 健康保険証(枚) <input type="checkbox"/> 医療受給者証(枚) <input type="checkbox"/> その他()					
連絡事項						

- ◇ 検査の申し込みは、FAXにて事前受付となります。本書を記入後、送信して頂き「健康保険証」「医療受給者証」のコピーと「摂食・嚥下機能検査を受けられる方へ」を予約前日までに必ずFAXでお送り下さい。
- ◇ すでに予約が入っている場合はご希望に添えないことがございますがご了承下さい。
- ◇ 病室の個室・二人部屋を希望される場合は別途室料が必要となります。
- ◇ 摂食・嚥下機能検査については、当院ホームページ等をご参考ください。(http://www.harima-hp.jp)

医療法人 IHI播磨病院
地域医療連携室

〒678-0031 相生市旭3丁目5番15号
TEL:0791-22-0551
FAX:0791-23-7868