

JCHO 東京新宿メディカルセンター 呼吸機能検査予約票兼情報提供書

患者サポートセンター TEL 03-3269-8115 (月～金 8:30～17:00)
FAX 03-5261-4738

呼吸機能検査をご希望の際は、患者サポートセンターにお電話下さい。(短時間で予約をお取りいたします。)その後、本用紙にご記入のうえFAXして下さい。患者さまがスムーズに検査が受けられるようカルテを作成いたします。FAX後は本用紙を患者さまにお渡し下さい。

①当日の心電図検査の有無 (該当するものに○をしてください)

心電図について	有り	無し
---------	----	----

②医療機関名 (紹介元)

(医療機関名) (住所・電話)	先生
--------------------	----

③検査予約日

_____月_____日() _____時_____分

検査の前に診察を行いますので、予約時間の40分前までに「患者サポートセンター」へお越しください。

④診療情報提供書

患者氏名	(フリガナ)	生年月日 (西暦)	年	月	日
	(男・女)				
現住所	電話番号				
臨床診断 (傷病名等)					
検査目的・症状・既往歴等 (別添にて患者さまが紹介状をご持参いただいても結構です)					

〈患者さまへご案内ください〉

- 必ず、この書類と健康保険証を持って本館1階「患者サポートセンター」へお越しください。
当院の診察券をお持ちの方は診察券もお持ちください
- 検査時間の40分前までに当院「患者サポートセンター」へお越しいただくようお願いください。
- 義歯を使用している方は、必ず持参するようお願いください。
- 喘息等の発作時に使用する薬をお持ちの方は、当日持参するようお願いください。
- 検査直前の食事や喫煙を避けるようお願いください。
- 当院は、飯田橋駅下車東口またはB1出口より徒歩4分です
(総武線、東西線、南北線、有楽町線、大江戸線がご利用いただけます)。
- 検査をキャンセルする場合は、必ず事前にご連絡くださいますようお願いください。

(お問合せ先)

東京都新宿区津久戸町5-1 JCHO 東京新宿メディカルセンター
患者サポートセンター 3269-8115(直通) (受付時間：月～金 8:30～17:00)