

トレッドミル検査申込書(FAX予約用)

フリガナ
 患者氏名 _____ 男・女

 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

①検査目的:症状など

②関連薬剤とその使用量

服薬状況 *チェックしてください
3日前から中止
そのまま継続

医療機関名

紹介医

住 所

TEL

FAX

[三田市民病院記入欄]

患者ID

(

)科

先生

予約日時

月

日 ()

:

三田市民病院 地域医療連携室(紹介窓口)
 TEL (079)565-8607 FAX (079)565-8015