

FAX 連絡用紙Ⅲ（めまい検査予約）

令和 年 月 日

送 信 先	日本歯科大学医科病院 地域医療連携室 FAX : 025-267-1670 (直通) TEL : 025-211-8257 (直通)
-------	------------------------------------------------------------------------------

送 信 元	病院・医院	科
	医師名	先生
	FAX	TEL

担当診療科	耳鼻咽喉科
検査	平衡機能検査一式（ENG）
予約希望日	第1希望 月 日（ 曜日）
	第2希望 月 日（ 曜日）
検査結果	貴院郵送 ・ 後日当院受診

当日は 11:30 までに耳鼻咽喉科にお越し下さい。診察をしてから検査となります。
 検査は 午後（月・水・木曜日は 14:30 火・金曜日は 15:00）からになります。
 検査所要時間は 90 分です。
 診察後から検査まで時間が空いてしまいますことを、患者さんにご説明いただけますようお願いいたします。

患者基本情報	フリガナ 氏 名		様	男 ・ 女	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日（ 歳）	
	住 所	〒			
	TEL				
当院受診歴	有 ・ 無				
	受診歴の有る方で診察券番号がお分かりでしたらご記入下さい。				

※FAX 予約受付時間 月～金曜日(病院休診日は除く) 9:00～16:30

※上記時間外の FAX の対応は翌診療日となりますのでご了承下さい。