

(様式 10)

サーモグラフィー検査依頼伝票

北見赤十字病院
地域医療連携室 宛

予約専用FAXフリーダイヤル ☎0120-018-599(直通)
専用電話 フリーダイヤル ☎0120-018-299(直通)

紹介元医療施設名		依頼医師名 ()	
電話番号 ()		・FAX ()	
フリガナ			
患者氏名			
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生(才 ヶ月)	性別 男 ・ 女
現住所			
電話番号 ()			
当院の受診歴 (有 ・ 無)			
現在受診中の病名			
既往歴			
検査目的			
部 位	(両手 ・ 両足)		
冷水負荷	(有 ・ 無)		
喫 煙	(有 ・ 無)		
連絡・要望事項			