

みよし市民病院 地域連携・医療相談室

〒470-0224 愛知県みよし市三好町八和田山15 TEL:0561-33-3300

FAX 0561-33-3302 (直通)

汗クロライド試験 依頼書

医療機関名	診療科名 医師名 e-mail
住所 〒	
TEL	
FAX	

フリガナ		男・女	年 月 日
患者氏名			(歳)
住所		TEL	

<受診希望日>

- ① 年 月 日 () 曜日
- ② 年 月 日 () 曜日
- ③ 年 月 日 () 曜日

<その他希望事項>

便中腓エラストラーゼ試験： 希望する ・ 希望しない

汗クロライド試験 予約確認書

年 月 日 () 曜日 時 分

汗試験を予約致しましたので、ご報告いたします。
保険証を受診当日に持参するようお願いいたします。

尚、予約の変更や困ったことがあれば、「地域連携・医療相談室」に
FAX または電話 0561-33-3300 (代表) にてご連絡下さい。