

(診察・検査)予約依頼表

申込日:平成 年 月 日

医療法人回生会 宝塚病院
CCAC(地域医療連携室) 行
FAX (0797)71-5581 (専用)
TEL (0797)71-5521 (直通)

【依頼元】
貴院名
所在地
医師名
TEL
FAX

【患者情報】

フリガナ 氏名	様	生年月日	明大 昭平	年	月	日	男 女
住所	〒	TEL	()	—			
保険者番号		公費負担番号					
記号・番号		公費受給番号					
本人・家族	本人	公費負担割合					割

【診察予約】

希望診療科	科	希望医師	医師	希望受診日	月	日
-------	---	------	----	-------	---	---

【検査予約】

①CT	部位	冠動脈・下肢血管・頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・その他()						
	造影	(要・不要)	フィルム	(要・不要)	CD-R	(要・不要)	所見	(要・不要)
②MRI	部位	頭部・頸部・脊椎・骨盤・その他()						
	造影	(要・不要)	フィルム	(要・不要)	CD-R	(要・不要)	所見	(要・不要)
③超音波	部位	心臓・腹部・腎動脈・下肢血管・その他()						
④内視鏡	部位	上部消化管(経口・経鼻)・大腸						
	肝炎ウイルスの有無	HBV(+ ・ -) ・ HCV(+ ・ -)						
⑤消化管造影	食道・胃・十二指腸・大腸							
⑥シンチグラム	心筋・脳血流・Ga・骨							
⑦トレッドミル(運動負荷)								
⑧ホルター心電(24時間心電図)								
⑨脳波								
⑩その他								

検査予定日	①いつでも良い	②第一希望	月	日(AM・PM)	③第二希望	月	日(AM・PM)
-------	---------	-------	---	----------	-------	---	----------

※大腸内視鏡・注腸検査は、患者さんの状態も考え診察後、当院で予約させていただきます。
折り返し、FAXにて『診察・予約受付表』等、必要書類を返信させていただきます。

【受付時間】 平日 9:00~17:00 土曜 9:00~12:00
上記以外は、翌日または休日明けにご返事させていただきます。