

(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
地域医療連携室 行

【依頼元】 医療機関名
医師名
所在地
TEL
FAX

【患者様データ】

フリガナ									
氏名	生年月日	明・大	昭・平	年	月	日	才	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 ・ 家族	公費負担割合	割
有効期限	・ ・ ~ ・ ・	有効期限	・ ・ ~ ・ ・

【診察予約】

希望診療科		希望医師		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	心臓・腹部・腎動脈・下肢血管・その他
④内視鏡	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ホルター心電図 (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、注腸検査は患者様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。