

(診察・検査)予約依頼表

申込日: 令和 年 月 日

医療法人回生会 宝塚病院

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	大 昭	男
氏 名 様	生年月日 年 月 日	平 令 年 月 日
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

【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・頸椎・胸椎・腰椎・骨盤腔・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・経口(鎮静剤/要・不要)	上部・経鼻(鎮静剤なし)	下部	
	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 9:00~19:00 土曜 9:00~13:00
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。

宝塚病院（地域医療連

携室）

専用FAX

（077）71-

5581