（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 氏　名　　様	生年月日	大　昭 年　月　日 平　令	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

【診察予約】

希望診療科	科		※外科・整形外科については予約制ではありません。
希望医師	医師	希望日	①　月　日　②　月　日　③　いつでも可

【検査予約】

①CT	部位	冠動脈・下肢血管・頭部・頚部・胸部・腹部・骨盤・その他（　　）		
	造影　（要・不要）	CD-R　（要・不要）	所見　（要・不要）	
②MRI	部位	頭部・頚部・頚椎・胸椎・腰椎・骨盤腔・その他（　　）		
	造影　（要・不要）	CD-R　（要・不要）	所見　（要・不要）	
	※ペースメーカー　（有り・無し）	メーカー名　（Abbott・St.Jude Medical）		
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			

検査予定日	①　月　日（AM・PM）　②　月　日（AM・PM）　③ いつでも可

※大腸内視鏡は、患者さんの状態も考え診察後、当院で予約させて頂きます。
※ペースメーカーを埋め込まれている患者様は、予約依頼の際にお知らせ下さい。
※検査当日はペースメーカー手帳を必ず持参して下さい。

【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頂きます。