

(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	生年月日	年 月 日
様	平 令	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・頸部・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・頸部・頸椎・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、当院で予約させていただきます。
※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いただきます。

宝塚病院（地域医療連

携室）

専用FAX

（077）71-

5581