

(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	生年月日	大 昭 年 月 日	男
氏 名 様	平 令	年 月 日	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 8:30~19:00 土曜 8:30~13:00
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。