検査予約申込み書兼受付書（地域医療連携FAX用）

年　　月　　日

海南病院地域医療連携センター宛

病医院名
医師名
TEL
FAX

公費負担者番号				保険者番号			
受給者番号			男・女	被保険者証	記号		
受診者	ふりがな				番号		
	氏名			被保険者氏名			
				資格取得日		年　月　日	
	生年月日	M･T･S･H　年　月　日　歳		子障母番号			
	貴院 ID		←『海南 SUN-sen ネット』ご利用時には必ずご記載ください				
住所	〒 Tel　－　－						

依頼検査項目（依頼項目に〇印をつけて下さい）

- ● **上部消化管**　：　胃透視　・　内視鏡　　● **下部消化管**　：　注腸
- ● CT　：　頭部　・　胸部　・　上腹部　・　下腹部　・　心臓　・　その他（　　）
- ◎ MRI　：　頭部　・　頸椎　・　胸椎　・　腰椎　・　その他（　　）
- ◎ MRA　：　頭部　・　頚部　　◎ MRCP　　◎ VSRAD
- ◎ RI　：　骨　・　腎　・　脳血流（99mTc-ECD, 123I-IMP）
- ● **超音波**　：　心　・　腹部　・　骨盤部　・　甲状腺
- ◎ **骨密度**　：　腰椎　・　大腿骨
- ● **脳波**　　● **トレッドミル**　　◎ ABPM　　● **ホルター心電図**
- ◎ **CGM検査**

□単純
□造影
□CD-R
□フィルム
□不要

検査希望日	月　日	月　日	月　日	月　日
都合の悪い日	月　日	月　日	月　日	月　日

＊　がん検診精密検査の方は胃精密検査結果報告書を、当日必ずご持参させて下さい。
＊　◎項の 17 時以降の予約依頼は、翌診療日の回答となります。

〈備考〉

検査日　　年　　月　　日（　　）　　午前 午後　　時　　分

海南病院地域医療連携センター（TEL0567-65-2511　FAX0567-67-2975）