**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

**※連携登録医のみご利用いただけます**

□　WEB予約申込済み

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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・R　　　年　　　月　　　日　　　歳 | 子障母番号 |  |
| 住所 | 〒Ｔｅｌ　　　　　-　　　　　-　　　　　　　　 |

依頼検査項目（依頼項目に○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 ・ インプラント ・ その他（　　　　　　）

**ＭＲＩお申し込み時の確認事項**

**１．ペースメーカ、ＩＣＤ（ 有 ・ 無 ）　有の場合はペースメーカ手帳のコピーをご持参ください**

□単純

□造影

□CD-R不要

**２．体内金属類　　　　（ 有 ・ 無 ）**

**◎ ＭＲＩ**：　頭部　・　頚椎　・　胸椎　・　腰椎　・　その他（　　　　　　　　　　　）

**◎ ＭＲＡ**：　頭部　・　頚部　　　**◎** **ＭＲＣＰ** **◎** **ＶＳＲＡＤ**

**◎ ＲＩ** ：　骨　・　腎　・　脳血流（99ｍＴｃ-ＥＣD，123Ｉ-ＩＭＰ）　・脳疾患（DaT　SCAN）

安静心筋（I-MIBG）

**● 超音波**：　心　・　腹部

未就学児の患者さんで鎮静下が

必要な場合はチェックをお願いします。

□　鎮静下が必要

**◎ 骨密度**：　腰椎　・　大腿骨　　**●**　**トレッドミル　● 脳波**

**◎ ＣＧＭ検査　 ◎　神経伝導速度 （ペースメーカ： 有 ・ 無 ）**

　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　（　　　）**

**時　　　　分**

**午前**

**午後**

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