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	
					番号	
受診者	ふりがな			被保険者氏名		
	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 ・ インプラント ・ 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

◎ **骨密度**　：腰椎 ・ 大腿骨

● **脳波**　● **トレッドミル**

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

□単純
□造影
□CD-R 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)