

検査・診察・入院予約申し込み書

ふりがな

患者さま氏名 : \_\_\_\_\_ 男・女 T・S・H・R \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日生

希望日 : 第1希望 / 時 分 第2希望 / 時 分

いつでもよい 至急

貴院名 : \_\_\_\_\_ 医師名 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

☆希望の検査等にチェックを入れ、括弧内は選択して下さい。

- 診察 \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_Dr  入院
  - 上部消化管内視鏡検査
  - 下部消化管内視鏡検査
  - ポリペクトミー
- } 抗コリン剤 (可・否) 薬物アレルギー (有・無)  
} 感染症検査 (済・未) 心臓ペースメーカー (有・無)

※下部消化管内視鏡検査の場合、前処置薬のお薬の処方をお願いします。  
処方内容 : 水溶性パロロン 10ml 1本 (前日午後9時服用)  
処方が難しい場合はご相談下さい。

- 超音波検査 ( 心臓 (身長\_\_\_\_\_cm・体重\_\_\_\_\_kg) ・ 頸部 ・ 乳房 ・ 腹部 )
- トレッドミル心機能検査
- マンモグラフィー
- CT 部位 \_\_\_\_\_  単純  造影
- MRI 部位 \_\_\_\_\_  単純  造影

※心臓ペースメーカーが入っている患者さまは検査できませんので、あらかじめご確認下さい。

- RI 骨シンチ  ( \_\_\_\_\_ ) シンチ
- 心筋シンチ (  運動負荷 ・  ( \_\_\_\_\_ ) )

~ 画像提供方法 ~  
X線フィルム( \_\_\_\_\_ ) ・ CD-R( \_\_\_\_\_ ) ・ レポートのみ( \_\_\_\_\_ )

※各検査については、別途注意事項がございますのでご確認お願い致します。

☆臨床診断・病名 ( \_\_\_\_\_ )

☆依頼内容 ( \_\_\_\_\_ )

\*大変お手数をおかけ致しますが、受診日までにFAXにて紹介状をいただくと有り難く存じます。