

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 M・T・S・H _____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 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依頼につきましては消化器内科の診察予約をお願いいたします。

- 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
- 骨塩定量検査 (画像提供方法 CDR ・ レポートのみ)
- 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 脳血流シンチ (_____) シンチ
- 心筋シンチ (運動負荷 ・ (_____))

～ 画像提供方法 ～ CDRで提供させていただきます。

※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 (_____)