秀和総合病院　検査受診予約申込書

FAX番号　048-737-5522　　依頼日　　年　　月　　日

【紹介元医療機関】	予約日の連絡は 予約取得後、当院より貴院と患者さんへ連絡致します。
【診療科・医師名】　※フルネームでご記入ください 科	
【申込担当者】 （内線　　）	※患者さんへ連絡が不要な場合は印をお願いします。 □　患者さんへ連絡不要
【TEL】　　【FAX】 ／	

ふりがな							性　別
患者氏名							男　・　女
生年月日	明　・　大　・　昭　・　平　　年　　月　　日　生　（　　歳）						
保険情報	保険者番号		記号・番号		続柄	本人	健康保険以外
	有効期限	～				家族	自賠責　・　労災　・　自費

◆　受診希望日時　※ご予約時間の30分前にお越しくださいますようお願いいたします。

①（　　月　　日　　：　　）②（　　月　　日　　：　　）③（　　月　　日　　：　　）④ 最 短 日

◆ ご希望の項目の□に✓をお願いします。

□ 単純ＣＴ検査	□ 頭　部　□ 頚　部　□ 胸　部　□ 腹　部 □ 骨盤部　□ 上　肢　□ 下　肢　□ その他（　　）
□ 単純ＭＲＩ検査	□ 頭　部　（□ ＭＲＡも含め） □ 頚　椎　□ 胸　椎　□ 腰　椎 □ 乳　腺　□ 腹　部　□ＭＲＣＰ □ 肩（右・左）　□ 肘（右・左）　□ 手(右・左） □ 手関節（右・左）　□ 股関節（右・左） □ 膝関節（右・左）　□ 足関節（右・左） □ 足（右・左）　□ その他（　　）
□ 核医学検査	□ 脳血流シンチグラフィ □ DaT Scan（ドパミントランスポーターシンチグラフィ） □ MIBG心筋シンチグラフィ □ 骨シンチグラフィ
□ 生体検査	□ 超音波検査（甲状腺・頚動脈・心臓・腹部） □ ホルター心電図 □ 骨塩定量 □ 脳波 ※脳波検査は波形のみで読影は実施しておりません.
□ 上部内視鏡検査	
備考	

※診療情報提供書・同意書等は検査日の２営業日前までにＦＡＸをお願いいたします。

【お問合わせ】　地域医療連携室　電　話　048-737-5640（平　日９：00～16：30）
ＦＡＸ　048-737-5522（土曜日９：00～12：00）