

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】	予約日の連絡は貴院にいたします。 ※患者さんへの連絡については下記からお選びください。 <input type="checkbox"/> 患者さんへも連絡希望 (連絡先) <input type="checkbox"/> 患者さんへの連絡は不要
【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)	
【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		健康保険以外 自賠責 ・ 労災 ・ 自費
	有効期限	～		続柄 本人 家族	
◆ 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	<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上 肢 <input type="checkbox"/> 下 肢 <input type="checkbox"/> その他 ()
□ 単純MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭 部 (<input type="checkbox"/> MRAも含め) <input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 胸 椎 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> 乳 腺 <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肩 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 肘 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 手 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 足 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> その他 ()
□ 核医学検査	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチグラフィ <input type="checkbox"/> DaT Scan (ドパミントランスポーターシンチグラフィ) <input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチグラフィ <input type="checkbox"/> 骨シンチグラフィ
□ 生体検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査 (甲状腺 ・ 頸動脈 ・ 心臓 ・ 腹部) <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 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)