# 済生会兵庫県病院　検査申込票

＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿先生侍史　　申込日平成　　年　　月　　日

施設名　　患者氏名

医師名　　生年月日

ＴＥＬ　　年　齢　　才　性別　男・女

ＦＡＸ　　ＴＥＬ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主保険 | 保険者番号 | 記号・番号 | | 1.本人　2.家族 |
| 併用保険 | 負担者番号 | 受給者番号 | 種別<br>老･乳（　） | 1.有　2.無 |

**臨床診断**：

| | |
|---|---|
| 第１希望日　　月　　日（　　曜日） | 第２希望日　　月　　日（　　曜日） |
| □　希望日なし | ご都合の悪い日（　　） |

**紹介目的（□にチェックをお願いします。）**

内科
- □内視鏡（□ 胃（□経口・□経鼻）・□大腸）
- □超音波（□腹部・□頚部・□乳房**(外科)**・□心臓・□その他＿＿＿＿＿）
- □ホルター心電図
- □トレッドミル（心臓エコー必須）**金曜日のみ**
- □ＡＢＩ検査（動脈硬化の程度を検出）
- □ＳＡＳ検査（睡眠時無呼吸症候群の有無）
- □呼吸機能検査
- □冠動脈ＣＴ　**必須→撮影の前処置としてβ遮断剤(=ｾﾛｹﾝ錠 20 ㎎)の使用判断の　可　・　否**

放射線科
- □ＸＰ　（部位＿＿＿＿＿＿＿＿）
- □透視　（□ 胃 ・□注腸）
- □ＣＴ　（**□造影・□単純・□病院側で判断**　□頭部・□頚部・□胸部・□上腹部・□下腹部・□その他＿＿＿＿＿）
- □ＭＲＩ　（**□造影・□単純・□病院側で判断**　□頭部・□頚椎・□胸椎・□腰椎・□胸部・□腹部・□下腹部・□その他＿＿＿＿＿）
- □核医学検査（□骨シンチ・□脳血流シンチ・□腫瘍シンチ・□甲状腺シンチ・□その他＿＿＿＿＿）
- □骨塩定量　**（身長　　㎝　・体重　　kg）必須**
- □マンモグラフィー

**＊ＦＡＸでの申し込みは 24 時間対応です。　但し、受付時間（平日 8：30～17：00）以降のお申込みにつきましては、翌業務日の対応とさせて頂きます。　TEL 078-987-2200　FAX 078-987-4866**

※下記は記載しないで下さい（院内連絡用）

ＩＤ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査項目　　検査

予約日時　　平成　　年　　月　　日　　時　　分