

# 济生会兵庫県病院 検査申込票

\_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_先生侍史 申込日平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日  
 施設名 フリガナ  
 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
			老・乳( )

臨床診断：

第1希望日 _____月 _____日 ( _____曜日)	第2希望日 _____月 _____日 ( _____曜日)
<input type="checkbox"/> 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   | { | <input type="checkbox"/> 内視鏡 ( <input type="checkbox"/> 胃 ( <input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経鼻 ) ・ <input type="checkbox"/> 大腸<br><input type="checkbox"/> 超音波 ( <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 乳房(外科)・ <input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> その他 _____ )<br><input type="checkbox"/> ホルター心電図<br><input type="checkbox"/> トレッドミル (心臓エコー必須) <b>金曜日のみ</b><br><input type="checkbox"/> ABI検査 (動脈硬化の程度を検出)<br><input type="checkbox"/> SAS検査 (睡眠時無呼吸症候群の有無)<br><input type="checkbox"/> 呼吸機能検査<br><input type="checkbox"/> 冠動脈CT <b>必須→撮影の前処置としてβ遮断剤(=セロゲン錠 20mg)の使用判断の可・否</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 放射線科 | { | <input type="checkbox"/> X P (部位 _____ )<br><input type="checkbox"/> 透視 ( <input type="checkbox"/> 胃 ・ <input type="checkbox"/> 注腸 )<br><input type="checkbox"/> C T ( <input type="checkbox"/> 造影・ <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 病院側で判断<br><input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 上腹部・ <input type="checkbox"/> 下腹部・ <input type="checkbox"/> その他 _____ )<br><input type="checkbox"/> M R I ( <input type="checkbox"/> 造影・ <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 病院側で判断<br><input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 下腹部・ <input type="checkbox"/> その他 _____ )<br><input type="checkbox"/> 核医学検査 ( <input type="checkbox"/> 骨シンチ・ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ・ <input type="checkbox"/> 腫瘍シンチ・ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ・ <input type="checkbox"/> その他 _____ )<br><input type="checkbox"/> 骨塩定量 <b>必須→ (身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg)</b><br><input type="checkbox"/> 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いただきます。 **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)

I D \_\_\_\_\_

検査項目 \_\_\_\_\_ 検査 \_\_\_\_\_

予約日時 \_\_\_\_\_平成 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分