

# 濟生会兵庫県病院 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  
 医師名 患者氏名  
 TEL 生年月日  
 FAX 年齢 才 性別 男・女  
 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	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)
<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。)

- 内視鏡 (□胃 (□経口・□経鼻) (鎮静 □なし □あり)
- \*鎮静ありの場合、予約枠に制限があります。ご希望日より遅れる場合もございますが、ご了承下さい。**
- 大腸
- 超音波 (□腹部・□頸部・□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(=セロゲン錠 20mg)の使用判断の可・否**
- X P (部位\_\_\_\_\_)
- 透視 (□胃・□注腸)
- CT (
  - 造影・□単純・□病院側で判断
  - (□頭部・□頸部・□胸部・□上腹部・□下腹部・□その他\_\_\_\_\_)
- MRI (
  - 造影・□単純・□病院側で判断
  - (□頭部・□頸椎・□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 **必須→(身長 \_\_\_\_\_ cm ・体重 \_\_\_\_\_ kg)**
- マンモグラフィ

\* 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