

济生会兵庫県病院 検査申込票

_____科 _____先生侍史 申込日令和 _____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・□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
(□頭部・□頸部・□胸部・□上腹部・□下腹部・□その他_____)
- MRI (造影・単純
(□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 令和 _____年 _____月 _____日 _____時 _____分