

濟生会兵庫県病院 検査予約申込票
FAX送信先：(078) 987-4866 総合支援センター(地域連携)

医療機関名

所在地

医師名

TEL

FAX

担当者

フリガナ

患者氏名

旧姓

()

生年月日

大・昭
平・令

年

月

日

(歳)

性別

男 ・ 女

① 第1希望 月 日 (曜日)

② 第2希望 月 日 (曜日)

③ 第3希望 月 日 (曜日)

☐ 希望日なし

※左記希望日で予約がお取り出来ない場合

☐できるだけ早い日程を希望

☐再度連絡・調整を希望

臨床診断：

放射線科	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影*	<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸部・ <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 腹部(骨盤/前立腺) <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> 四肢()	*造影の場合 血液検査結果を 申込票と一緒に 送付お願いします
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影*	<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(子宮/前立腺) <input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎・ <input type="checkbox"/> 四肢()	
	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> その他()	
	※CT/MRI検査はインターネット予約がご利用いただけます。詳しくは地域連携までお問い合わせください。		
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	身長_____cm・体重_____kg 骨密度検査履歴 無 ・ 有 / 股関節手術歴 無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両)	
<input type="checkbox"/> 透視	<input type="checkbox"/> 食道・ <input type="checkbox"/> 胃/十二指腸・ <input type="checkbox"/> 注腸・ <input type="checkbox"/> その他()		
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ			

内科	<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃 (<input type="checkbox"/> 経口(鎮静なし) <input type="checkbox"/> 経口(鎮静あり) ・ <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 大腸 (<input type="checkbox"/> 鎮静なし <input type="checkbox"/> 鎮静あり)	
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 心臓・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 甲状腺・ <input type="checkbox"/> 頸動脈・ <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT	・撮影の前処置としてβ遮断剤(=セロケン剤20mg)使用判断 : 可 ・ 否 ・気管支喘息の既往: 無 ・ 有 (有りの場合はβ遮断剤内服不可) (検査当日、徐脈(HR:50bpm以下)の場合はβ遮断剤の内服はしません)	
	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> トレッドミル(心エコー必須・金曜日のみ)	
	<input type="checkbox"/> ABI検査(動脈硬化の程度を検出)	<input type="checkbox"/> 簡易SAS検査(睡眠時無呼吸症候群の有無)	
	<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査		
通信欄			

※ FAXでのお申込みは24時間対応です。受付時間(平日8:30~17:00)以降のお申し込みに
つきましては翌診療日の対応とさせていただきます。

※ 診療情報提供書の原本は患者さんにお渡しいただき、当日ご持参くださるようお願いください。

※ 確定した予約日時を変更・キャンセルされる場合は、貴院を通じて地域連携までご連絡ください。

TEL: 078-987-2200 (直通)

2025/1/1