

済生会兵庫県病院 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	フリガナ 患者氏名	旧姓 ()
所在地		
医師名	生年月日 大・昭 平・令	年 月 日
TEL	(歳)	
FAX	性別 男 · 女	
担当者		

① 第1希望 月 日 (曜日)	※左記希望日で予約がお取り出来ない場合
② 第2希望 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> できるだけ早い日程を希望
③ 第3希望 月 日 (曜日)	<input type="checkbox"/> 再度連絡・調整を希望
<input type="checkbox"/> 希望日なし	

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()		
	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"/> マンモグラフィー				

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"/> ホルタ一心電図		<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伝えください。

※ 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