

外 来 検 査 依 頼 票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX (直通) 052-451-1347

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がありましたら、地域医療連携室までご連絡ください。万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

医療機関名	TEL					FAX				
フリガナ						大正 年 月 日				
患者氏名	男 ・ 女					昭和 年 月 日				
						平成 年 月 日				
住 所	〒 -					連絡先				
						夜間 () -				
検査希望日	① 平成 年 月 日 ()					午前 ・ 午後				
	② 平成 年 月 日 ()					午前 ・ 午後				
	③ 平成 年 月 日 ()					午前 ・ 午後				

※希望される検査項目へチェックをお願いします。

	部位									
<input type="checkbox"/> レントゲン (単純)	<input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面)	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> KUB (<input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 臥位)							
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ((<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面)									
<input type="checkbox"/> CT検査 (単純) <small>(複数ある場合、検査日を分けさせていただきます)</small>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脳+骨条件									
	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 (甲状腺) <input type="checkbox"/> 頚椎									
	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔+肺 <input type="checkbox"/> 縦隔条件のみ <input type="checkbox"/> 肺野条件のみ <input type="checkbox"/> 胸椎									
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上下腹部 (~骨盤上縁) ※ 腹部検査は検査前1食、食事制限推奨。								
		<input type="checkbox"/> 上下腹部+骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 ※ 骨盤部検査は膀胱充満(畜尿)推奨。								
<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 腰椎										
<input type="checkbox"/> 骨密度 (DEXA)	(身長 _____ cm / 体重 _____ Kg) ※ 腰椎正面、片側股関節の2点計測します。									
<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵・脾・腎) ※ 検査前1食、食事制限推奨。									
返却方法	画像は当日CD-Rをお渡しします。読影結果は、後日郵送とさせていただきます。									
<input type="checkbox"/> 生理機能検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 (24時間 <input type="checkbox"/> 24時間血圧計 <input type="checkbox"/> 肺機能 (身長 _____ cm)									
	<input type="checkbox"/> CAVI (身長 _____ cm / 体重 _____ Kg)									

検査目的

予約確認表 (貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の検査日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約(検査)日時 平成 年 月 日 () 時 分 ~

※予約時間の30分前に受付窓口にお越しください。

※予約確認後、カルテ作成のため、診療情報提供書・保険証・公費医療証の写しをFAXしてください。

増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。