

外来検査依頼票

【宛先】 増子記念病院
(地域医療連携室行)
TEL 052-451-1305
FAX 052-451-1347

申込日 年 月 日
医療機関名
住所
電話番号
FAX番号
依頼医氏名

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)								
フリガナ		男・女	生年月日	西暦 / 大・昭・平・令				
患者氏名				年	月	日		
住所	〒 -	連絡先	昼間					
			夜間					
検査希望日	①	令和	年	月	日 ()	午前	・	午後
	②	令和	年	月	日 ()	午前	・	午後
	③	令和	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"/> 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

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 令和 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

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。
※ご不明な点がございましたら、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。