

検査予約申込み書兼受付書(地域医療連携FAX用)

年 月 日

海南病院地域医療連携センター宛

※連携登録医のみご利用いただけます
 WEB 予約申込済み

病医院名
 医師名
 TEL
 FAX

公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		被保険者証	記号
受診者	ふりがな	男 ・ 女	番号
	氏名		被保険者氏名
	生年月日		資格取得日
	M・T・S・H・R 年 月 日 歳		年 月 日
住所	〒		子障母番号
			Tel - -

依頼検査項目(依頼項目に○印をつけて下さい)

- 上部消化管 : 胃透視 ・ 内視鏡 ● 下部消化管 : 注腸
- CT : 頭部 ・ 胸部 ・ 上腹部 ・ 下腹部 ・ 心臓 ・ インプラント ・ その他()

MRIお申し込み時の確認事項

1. ペースメーカー、ICD(有・無) 有の場合はペースメーカー手帳のコピーをご持参ください
 2. 体内金属類 (有・無)
- ◎ MRI : 頭部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ その他()
 - ◎ MRA: 頭部 ・ 頸部 ◎ MRCP ◎ VSRAD

- 単純
- 造影
- CD-R 不要

- ◎ RI : 骨 ・ 腎 ・ 脳血流(99mTc-ECD, 123I-IMP) ・ 脳疾患(DaT SCAN)
 安静心筋(I-MIBG)

- 超音波 : 心 ・ 腹部
- ◎ 骨密度 : 腰椎 ・ 大腿骨 ● トレッドミル ● 脳波
- ◎ CGM検査 ◎ 神経伝導速度(ペースメーカー: 有・無)

未就学児の患者さんで鎮静下が必要な場合はチェックをお願いします。
 鎮静下が必要

検査希望日 月 日 月 日 月 日 月 日

都合の悪い日 月 日 月 日 月 日 月 日

* がん検診精密検査の方は胃精密検査結果報告書を、当日必ずご持参させて下さい。

* ◎項の17時以降の予約依頼は、翌診療日の回答となります。

〈備考〉

検査日 年 月 日 () 午前 午後 時 分