

受付時間: 平日 8:30~20:00 土曜 8:30~17:00

電話: 072-221-6075 (直通)

## 診察・検査 紹介申込書

年 月 日

病医院名 医師名 住所 電話 FAX	希望日	時間帯
	① 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 希望なし
	② 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 希望なし
	③ 月 日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 希望なし
	<input type="checkbox"/> 最短日	<input type="checkbox"/> 希望時間帯 ( )
送迎* (開業医様対象)	<input type="checkbox"/> 必要 送迎先: 自宅・紹介元医療機関 ADL: 自立・車イス (持ち込み 有・無) <input type="checkbox"/> 不要 同乗者: 無・有 (同乗者は原則 1 名様のみとなります)	

\* ◎対象患者: 診察予約・検査予約患者様

フリガナ	性別	大・昭・平・令
患者氏名	男・女	年 月 日生 才
〒 —	電話番号 ( )	
住所		

診 察 予 約		※ 緊急の場合はご連絡ください	
診療科	科	先生	診察・精査
主訴 (紹介状送付でも可)			

検 査 予 約	
CT 検査 (単純・造影) (右・左・両)	<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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
MRI 検査 (単純・造影) (右・左・両)	<input type="checkbox"/> 頭部 MRI + MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈 MRA <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> その他 ( )
骨塩定量検査 (DEXA法)	<input type="checkbox"/> 腰椎 + 股関節
上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 ※下部内視鏡検査は消化器内科の診察が必要となります。
超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 血管 ( 頸動脈・下肢静脈・下肢動脈 ) <input type="checkbox"/> 甲状腺
心機能検査	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 24時間ホルター心電図
神経伝導速度検査	<input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> SCV <input type="checkbox"/> 正中神経 <input type="checkbox"/> 尺骨神経
その他の検査	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ABI・PWV

※ 造影検査の際は  
必ずご記入くださいeGFR 値 (3ヶ月以内)  
値 : mL/min  
採血日: /血液抗凝固剤服用  
有 ( )  
無  
鎮静剤 有 無

※FAX受付は24時間可能、但し時間外受付分は翌日のお取り扱いとなりますのでご了承ください。