

依頼元医療機関

住 所  
医 師 名 号  
電 話 番 号  
F A X

平成 年 月 日 当院使用欄

—	—

ふりがな	性別	宝塚市立病院受診歴
氏名	男・女	有・無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( )歳	
住所	TEL ( )	

被保険者証				受給者証			
保 険 者			割 合	公 費			割 合

被保険者氏名	続柄	1 本人 2 家族	○患者様の予約回答待ち状況 <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅されている <input type="checkbox"/> ご紹介元医療機関にて入院中
--------	----	--------------	---

患者の状態・搬送手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー	検査希望日 月 日 ( )
---	------------------

◆ 検査

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"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎( 頸椎・胸・腰・仙 ) ( 目的臓器 ) <input type="checkbox"/> その他( )
MR <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎( 頸椎・胸・腰・仙 ) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 <input type="checkbox"/> ( )関節 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> MRCP ※ 体内の金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡 高齢者(75歳以上)、虚弱な患者様に対する下部内視鏡検査は、入院が必要となる場合がございますので <input type="checkbox"/> 検査のみと判断致しました 検査予約ではなく消化器内科の診察予約をお願いしております。先生方にて明らかに入院が不要と判断 頂きました患者様に関しましては今まで通り検査予約のみで結構です。
造影検査	<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> IVP
生理検査	<input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> 腹部超音波 <input type="checkbox"/> 頸部甲状腺超音波 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 末梢動脈血管超音波 <input type="checkbox"/> 末梢静脈血管超音波 <input type="checkbox"/> トレッドミル(負荷心電図) <input type="checkbox"/> 脳波検査 <input type="checkbox"/> 神経伝導速度 <input type="checkbox"/> 精密肺機能 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> その他( )
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> DATシンチ <input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> カメラレノグラム <input type="checkbox"/> 腎シンチ <input type="checkbox"/> 心筋交感神経機能シンチ <input type="checkbox"/> 心筋脂肪酸代謝シンチ
その他	<input type="checkbox"/> 骨密度

【予約時のお願い】 **申込書(この用紙)は紹介状になりませんのでご注意ください。**

※検査の診療科ごとに紹介状をお願い致します。

※夜間体制となります17時以降は、予約をお取りするのに時間がかかる場合がございます。

※当日紹介状を持参されなかった場合は検査を受けていただけませんので必ず持参されますようお願い致します。

※裏面に紹介状の宛先一覧があります

当院使用欄			
入力確認	予約票確認	一覧表入力	予約