

検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	紹介元医療機関名 住所	
生年月日		年	月	日
住所 〒		ご担当医 ⑩		
TEL		TEL		
TEL		FAX		
病名		既往歴		
経過等				

検査希望日

<input type="checkbox"/> 希望なし	第1希望	月	日	()	第2希望	月	日	()
-------------------------------	------	---	---	-----	------	---	---	-----

検査結果報告 *必要なものすべてにチェックをお願いいたします

媒体 ▶	<input type="checkbox"/> CD-R (またはDVD) <input type="checkbox"/> フィルム *マンモトーム、透視は不可			
報告方法 ▶	<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 患者手渡し 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。 (16時以降の予約の場合は不可)			
<input type="checkbox"/> 所見FAX ※ 原則、所見は翌日17時 (土日祝日除く) までに完成します。				

検査部位・指示等

<input type="checkbox"/> 超音波				
検査部位 ▶ <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 経食道 <input type="checkbox"/> その他 ()				
<input type="checkbox"/> 透視				
検査部位 ▶ <input type="checkbox"/> 卵管造影				
<input type="checkbox"/> マンモトーム				
ステレオガイド下 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				
エコーガイド下 ▶ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				