

事前に FAX (072-236-3980) お願いします。(受付時間 9:00 ~ 17:00 まで)

CT ・ MRI ・ その他() 検査予約用紙

紹介医療機関名

TEL

FAX

担当医師名

【患者様情報】 南堺病院ID:

フリガナ 患者氏名	様	男・女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日(才)
患者住所	〒	—	TEL ()

【検査内容】 ※造影検査・MRI検査の場合、「CT・MRI・その他検査問診票」記入ください

検査項目 (1つに○をつけてください)	CT ・ MRI ・ その他()
検査手法 (未記入の場合は単純)	単純・造影 (造影検査・MRI検査の場合問診票記入ください)
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他椎体 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> その他上肢 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他下肢 <input type="checkbox"/> その他部位()

1 枚目をはがして 下記のご希望日を記入して FAX お願いします。

ご希望日					
①		②		③	
/	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	/	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	/	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
<input type="checkbox"/> 当日希望	<input type="checkbox"/> 希望なし	※緊急の撮影の場合はご連絡ください。			

以下の項目に関しては、FAX 前にご連絡ください。(空き情報確認の為)

- 内視鏡(上部)(経口 経鼻)
- エコー(腹部 ・ 心臓 ・ その他())