

# 検査予約申込書

※電話予約後、この用紙をFAX（0296-54-5108）してください。  
 ※保険証、診療情報提供書（紹介状）は必ず患者様来院時にお持ちください。

依頼元 医療機関名  
 医師名  
 TEL  
 FAX

患者情報	カガナ	当院受診歴	有	無
	氏名	様（ 男性 女性）	生年月日	年 月 日
	住所 〒			
	TEL			

## 【 検査予約の申込 】

●検査目的は診療情報提供書（紹介状）に具体的に記入してください

内視鏡	胃	S状結腸			
超音波	腹部	甲状腺	心臓	頸部血管	目的臓器（ ）
X線診断	消化管等	<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 胃	DIP	注腸(前処置 当院にて・自院にて)
	CT <input type="checkbox"/> 単純造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上部	頸部 下部	胸部	腹部 骨盤 目的臓器（ ）
	MRI <input type="checkbox"/> 単純造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎	頭部 + MRA 胸椎 腰椎	頸部 股関節	胸部 膝関節
検査日	月 日（ ）		時	分	
◆感染症（内視鏡の場合） HCV抗体（ + - ） MRSA（ + - ） HBS抗原（ + - ） Wa-R（ + - ） ◆読影希望 有 無 ※読影の有無を必ずご指示下さい。 備考					

※造影剤を使用する検査の場合は、別紙【問診票】【同意書】が必要です。患者様来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。  
 ※検査予約受付は、月～金 午後5時、土曜 午前11までとさせていただきます。左記時間以降のお申し込みは、翌業務日にご連絡させていただきます。