

# 【 検査予約表 】

医療法人社団 董会 伊川谷病院 行

FAX 078-974-1157

医療機関名

TEL (            )            -

ご紹介医師名

FAX (            )            -

※ この用紙を診療情報提供書と共にFAXして下さい。

予約日時 :		年	月	日 (    )	AM ・ PM	時	分
検査項目	詳細						読影
<input type="checkbox"/> MRI	撮影部位	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他(            )		□ 要 □ 不要
	造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    ※造影検査確認事項をご記入下さい。					
	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし					
	人工内耳	<input type="checkbox"/> なし					
	神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし					
	妊娠	<input type="checkbox"/> なし					
	その他 体内金属	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (            )				
<input type="checkbox"/> CT	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他(            )		□ 要 □ 不要
	造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    ※造影検査確認事項をご記入下さい。					
	妊娠	<input type="checkbox"/> なし					
造影検査 確認事項	腎機能 血清Cr	(            )mg/dL		測定日 (    年    月    日 )			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (            )				
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり				
	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり    治療薬 (            )				
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 両乳房 <input type="checkbox"/> 左乳房 <input type="checkbox"/> 右乳房					□ 要 □ 不要	
<input type="checkbox"/> 一般撮影	撮影部位	(            )					読影不可
<input type="checkbox"/> 生理検査	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 心臓		※紙データになります	
		<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 (            )			
	<input type="checkbox"/> 負荷心電図(マスター)	<input type="checkbox"/> ホルター心電図					
	<input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> 肺機能検査(肺活量・1秒率)					

- ※ 胆嚢の検査の場合は絶食をお願いします。
- ※ 基本的にデータは患者様に検査当日CDでお渡し致します。
- ※ 読影結果は撮影日を含めて4日以内にFAXにて送付致します。
- ※ ホルター心電図の所見は約2週間後にFAXにて送付致します。  
さらに詳細な波形が必要な場合は来院して頂く必要があります。
- ※ 来院時には保険証を必ずご持参下さい。

≪備考欄≫

フリガナ		男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	
患者氏名			年    月    日 (    才 )	
住所	〒		TEL (            )            -	
保険者番号		記号/番号		資格取得日
		/		年    月    日
有効期限		年    月    日		
被保険者名	本人 ・ 家族			
公費負担者番号		公費受給者番号		資格取得日
				年    月    日
有効期限		年    月    日		
その他	生保 ・ 交通事故 ・ 労災 ・ その他の公費 (            )			