

学研都市病院 紹介検査予約依頼票 兼 予約票 (FAX用)

FAX番号 0774-98-2115

お手数ですが、票のA~Cに記入頂き、地域連携室までFAXをお願いいたします

速やかに病院にて予約日時 (D)を確定のうえ、FAXにて返信いたします。

17:00を過ぎてからのFAXについては、翌日以降の返信となります。ご了承ください。

A : 紹介元情報

医療機関名

電話番号

FAX番号

B : 患者情報

フリガナ		性別	男	女
患者氏名		生年月日	年	月 日

都合の悪い日時があれば教えてください。

--

☐ 結果の画像 (DVD)について、患者に渡さずレポートと同時に郵送を希望する場合は、チェックを入れてください

C : 予約したい検査 (チェックと、左右がある場合は○を入れてください)

放射線検査 ☐ CT ☐ MRI ※ペースメーカーの確認にご協力をお願いします単純・造影 ☐ 単純 ☐ 造影(クレアチン: mg/dl) ※造影検査は水曜日のみ施行可能です

部位 ☐ 頭部 (あたま) ☐ 胸部 (むね) ☐ 腹部 (おなか) ※6時間程度の絶食を推奨します
☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 心臓 (冠動脈) ☐ 肺動脈～下肢静脈(PE+DVT)
☐ 肩 (左・右) ☐ 肘 (左・右) ☐ 手関節～指 (左・右)
☐ 股関節 (左・右) ☐ 膝 (左・右) ☐ 足関節～足趾
☐ 骨盤 ☐ その他 (具体的に)

超音波検査 ☐ 心臓 ☐ 下肢静脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 頸動脈
☐ 甲状腺 ☐ 表在 ☐ その他 (具体的に)
☐ 腹部 ☐ 腎動脈

心電図 ☐ イベントホルター ☐ ホルター心電図

以下病院記入欄

D : 予約票

さまの検査を 月 日 () 時 分で予約しました

○ 当日は診療情報提供書と本紙を受付へお渡しください

○ 検査結果は通常3営業日以内に発送しますが、診察日が近い場合、
結果が届いているかご確認頂けますと幸いです

〒619-0238

京都府相楽郡精華町精華台7-4-1

学研都市病院

TEL (代表) 0774-98-2123

TEL (地域連携室) 0774-98-2135

FAX (地域連携室) 0774-98-2115