

検査予約申込書 (診療情報提供書)

紹介元医療機関	名称	TEL _____
	医師氏名	FAX _____

患者	フリガナ		男 女	生年月日 (明・大・昭・平)
	氏名			年 月 日
住所			TEL _____	

傷病名 検査目的 依頼内容	
---------------------	--

検査項目

内視鏡検査	食道・胃・十二指腸	S状	大腸	E R C P			
超音波検査	腹部 (肝、胆、膵、腎、脾)	甲状腺	乳腺				
循環器検査	心エコー	ホルター心電図					
	エルゴメーター	トレッドミル					
呼吸機能検査	スクリーニング (肺気量分画・フローボリューム)						
脳波検査	過呼吸・光刺激負荷検査		睡眠賦活検査				
	脳波検査希望の場合の注意事項 ()						
放射線科	M R I	術式	単純	造影	その他 ()		
		部位	頭部 (MRAを含む)	腹部	頸椎	腰椎	
			全身	その他の部位 ()			
	C T	術式	単純	造影	その他 ()		
		部位	頭部	冠動脈 (結果 CD 紙)	胸部	腹部	その他 ()
			消化管	食道	胃 (十二指腸)	小腸	吻合部
B M	骨塩定量検査 (CDX法)						

保険番号		公費負担者番号	
記号	番号	受給者番号	
資格取得	(昭・平) 年 月 日	被保険者名	
希望日時	第1希望	平成 年 月 日	
	特に希望なし	第2希望	平成 年 月 日
	ご希望の曜日		曜日
予約日時	平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃 予約 未・済

大阪みなと中央病院 地域医療連絡室 〒552-0021 大阪市港区築港 1-8-30

専用TEL 06-6572-6711 専用FAX 06-6572-6713