

依頼元医療機関名
住所
電話番号
F A X

年 月 日

当院
使用
欄

※太枠内は必ずご記入ください

フリガナ	性別	宝塚市立病院受診歴
氏名	男・女	有・無・不明
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 () 歳	
住所	〒	
電話番号	ご自宅	携帯電話

○希望日 *複数希望日をご記入ください。 いつでも可

○患者様の待ち状況 (お待ちの方から順番にお取りしています。) 外来待機中 帰宅 入院中

◎紹介状の宛先は検査項目担当医 (医師指定なし) をお願い致します。
例：CT担当医 エコー担当医

入院中で受診される場合、
会計算定に関する用紙を
必ずお渡し下さい。

□CT	※必ずチェック→ <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影希望 尿酸値； () mg/dl 検査日： ()	
	*未測定の場合は造影検査できない場合があります。	
□MR	※必ずチェック→ <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影希望 尿酸値； () mg/dl 検査日： ()	
	*未測定の場合は造影検査できない場合があります。	
□内視鏡	□胃内視鏡	
	□大腸内視鏡 □検査のみと判断致しました	75歳以上、虚弱な患者様に対する大腸内視鏡検査は、入院が必要となる場合があるため 検査予約ではなく原則消化器内科の診察予約をお願いしています。 一方明らかに入院が不要と判断された患者様は、検査予約のみも可能です。
□生理検査	□エコー (心臓・腹部・甲状腺・頸動脈・末梢動脈血管・末梢静脈血管)	
	□ホルター心電図 □トレッドミル □脳波 □神経伝導速度 □肺機能 □その他	
□シカラム	骨・脳血流・DAT・腎・心筋交感神経機能	
	負荷心筋 (運動・薬剤) ・腎動態 (カメラレノグラム)	
□その他	□骨密度 □PEG交換 □その他 ()	

【予約時のお願い】 申込書 (この用紙) は紹介状になりませんのでご注意ください。

※検査の診療科ごとに紹介状をお願い致します。

※夜間体制の17時以降は、予約をお取りするのに時間がかかる場合がございます。

※当日紹介状の原本を持参されなかった場合は、検査を受けていただけませんので必ずご持参ください。

入力者	確認者