

依頼元医療機関名
住所
電話番号
FAX番号

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	未成年の患者様はご家族 同伴で来院ください。
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

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。

◎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

□CT	※必ずチェック→ □単純 □造影	ルアチン値； () mg/dl	検査日： ()
	*検査は3ヵ月以内のもの		
□MR	□頭部 □頸部 □胸部 □上腹部 □下腹部 □骨盤	(目的臓器)	
	□脊椎 (頸・胸・腰・仙) □その他 ()		
□MR	※必ずチェック→ □単純 □造影	ルアチン値； () mg/dl	検査日： ()
	*検査は3ヵ月以内のもの		
□内視鏡	□脳 □脳・頭部血管 (MRI+MRA) □脊椎 (頸・胸・腰・仙)		
	□MRCP □骨盤 □子宮・卵巣 □腹部 (部位)		
□生理検査	□ () 関節 □前立腺 □その他 ()		
	※体内の金属 □有 ()	※ペースメーカー植え込み患者様は 必ず事前連絡をお願い致します。	
□内視鏡	□胃内視鏡		
	□大腸内視鏡	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。	
□生理検査	□検査のみと判断 致しました	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。	
	□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)	
□ツグラム	□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		
□ツグラム	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。

※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