

# 検査予約申込書

年 月 日

社会医療法人 垣谷会 明治橋病院 宛

紹介元医療機関			
所在地			
電話番号/FAX	/		
紹介医師名	科	先生	担当者名：

検査希望日	① 月 日 ( )	③希望なし
	② 月 日 ( )	④都合の悪い日時
主病名		
紹介目的 (希望検査)	<input type="checkbox"/> エコー ( <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> 脳波 (所見なし) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※内視鏡・CT・MRI 検査予約は電話にて受付	
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院患者 ( <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> その他 )	
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 酸素使用中 <input type="checkbox"/> 家族付添 (続柄： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
持参画像	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム ( <input type="checkbox"/> 持参画像は要返却 )	
備考		

※診療情報提供書(依頼書)と一緒に FAX をお願い致します。受診当日は原本をご持参下さい。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳 )
フリガナ			
住 所	〒		
電話番号	- -	携帯電話	- -
健康保険証・医療証等			
保険者番号		記号・番号	本人 有効期間 (開始日～終了日)
			家族 ~
公費負担番号		受給者番号	有効期間 (開始日～終了日) 助成
			~ 有・無

社会医療法人垣谷会 明治橋病院 地域医療連携室

TEL : 072-334-8558(内線182)

FAX : 072-336-7053(直通)

受付時間：平日 9:00~17:00

土 9:00~12:30