

# 検査予約申し込み書兼受付書(地域医療連携室FAX用)

## あま市民病院 地域医療連携室係

受診者	フリガナ				男 女
	氏名				
	生年月日	明 平 大 令 昭 令	年 月 日	歳	
	住所	〒 -			
	電話番号	( ) -			

保険者番号								
被 保 険 者 証	被 保 険 者 手 帳	記号・番号						
	有効期限	平成・令和	年	月	日			
被保険者氏名								
資格取得		昭和・平成・令和	年	月	日			
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								

依頼検査項目(依頼項目に○印をつけてください) ※大腸ファイバーの検査予約はできません。受診時に予約します。

◎次の質問にお答えください。

胃カメラ 抗凝固剤 服用中(薬剤: ) 休薬中(薬剤: / から) 服用なし

超音波 ( 腹部 心臓 頸部 )

CT ・単純 ( 頭部 胸部 上腹部 下腹部 上～下腹部 その他 )  
・単純＋造影 ※造影の場合は値を記入してください。3ヶ月以内(eGFR= CRE= )検査日: /

MRI ・MRI(単純) ( 頭部 胸椎 頸椎 腰椎 その他 )  
・MRA  
・単純＋造影 ※造影の場合は値を記入してください。3ヶ月以内(eGFR= CRE= )検査日: /

検査希望日 月 日 午前 午後 月 日 午前 午後 月 日 午前 午後 月 日 午前 午後  
都合の悪い日 月 日 月 日 月 日 月 日

〒490-1111

愛知県あま市甚目寺畦田1番地

あま市民病院 地域医療連携室

TEL 052-444-0050(代表) 内線105

FAX 052-462-0655(地域医療連携室直通)

医療機関住所

名称

TEL

FAX

上記ご依頼の検査を下記の日時に予約いたしました。

検査日 R 年 月 日 午前 午後 時 分

あま市民病院 地域医療連携室