検査予約申し込み書兼受付書（地域医療連携室FAX用）

受診者	フリガナ		男 女
	氏名		
	生年月日	T H S R　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（依頼項目に〇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。**

胃カメラ		◎次の質問にお答えください。 **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　頚部　）
CT	部位：	・頭部　・頚部　・胸部　・胸部～上下腹部　・上下腹部　・コロナリーCT ・上肢（　　）・下肢（　　）　・CTC（大腸CT**※事前来院が必要です**）
	コメント：	
		・単純　・単純＋造影（eGFR=　CRE=　※3ヶ月以内の値を記入してください）
MRI	部位：	体幹　・頭部（MRI＋MRA）　・頚椎　・胸椎　・腰椎 ・MRCP（経口造影剤使用）　・上腹部　・下腹部　・その他（　　）
		四肢（　右「みぎ」　・　左「ひだり」） ・肩関節　・肘関節　・手関節　・手部　・上肢その他（　　） ・股関節　・膝関節　・足関節　・足部 ・下肢MRA　・下肢その他（　　）
	コメント：	
		・単純　・単純＋造影（eGFR=　CRE=　※3ヶ月以内の値を記入してください）

検査希望日　　月　日　午前／午後　　月　日　午前／午後　　月　日　午前／午後

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

〒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

R1/11

あま市民病院　地域医療連携室