

検 査 予 約 票

令和 年 月 日 ()

広域紋別病院 保健医療連携室 宛

〒094-8709

紋別市落石町1丁目3番37号

TEL 0158-23-6016

連携室直通

FAX 0158-23-6022

【紹介元医療機関】	
医療機関名	_____
住 所	_____
電 話 番 号	_____
FAX 番 号	_____
科 名	_____
医 師 名	_____
担 当 者	_____

フリガナ		男・女	被 保 険 者 証	被保険者氏名		続柄	
				保険者番号	_____	_____	<input checked="" type="checkbox"/>
記号・番号	_____						
有効期間	~						
公費負担者番号	_____	_____		<input checked="" type="checkbox"/>			
公費受給者番号	_____	_____		<input checked="" type="checkbox"/>			
乳・ひとり親・障	_____						
その他	生保・労災・自賠責・その他()						
患者氏名	様						
生年月日	T S H R	年 月 日生 (歳)					
患者住所	〒 - -						
電話番号	自宅	-	-				
	携帯	-	-				
広域紋別病院受診歴		有 (S・H 年頃) ・ 無 ・ 不明				ID番号	

傷病名	依頼目的 (検査の目的など具体的に)

検 査 希 望 日 時		
第1希望	年 月 日 曜日 時頃 読影要否	
第2希望	年 月 日 曜日 時頃 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
検査項目	撮 影 部 位	確 認 事 項
<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他()	・ペースメーカー (有・無) * MRI の場合は、別紙 チェックリストへの記入を お願い致します。
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊髄 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 四肢(左・右) <input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 血管()	
<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 心電図(12誘導標準) <input type="checkbox"/> 心電図(一分間) <input type="checkbox"/> 心電図(三分間)	
<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 骨密度	
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 鎮静 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
備考欄		

《ご注意》

1. 「検査説明書」に受診日時を記載し、貴院へFAXにて返信いたします。
2. ご不明な点は保健医療連携室までご連絡下さい。