

FAX送信先

0774-64-0444

田辺中央病院 地域医療連携室宛

申込日 平成 年 月 日

検査予約申込票

貴医療機関名 所在地 依頼医御氏名 TEL・FAX	
------------------------------------	--

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者様氏名	様	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	歳
予約希望日	<input type="checkbox"/> 希望なし		※保険証の写しのFAX送信をお願いします。	
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見とともに郵送 <input type="checkbox"/> CD-R当日お持ち帰り、所見は出来次第FAX			

<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 以下に該当なし
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸・頸胸・胸・腰・胸腰] <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 [部位] <input type="checkbox"/> 関節 [右・左] [部位] <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸部 [耳下腺・咽頭・喉頭・甲状腺・舌・副鼻腔] <input type="checkbox"/> その他 []	単純 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> 体内金属 (人工内耳・クリップなど) 造影 <input type="checkbox"/> 薬剤過敏 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 感染症

<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(クレアチニン値: 採血日:)	<input type="checkbox"/> 以下に該当なし
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部[] <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸・胸・腰] <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 [部位] <input type="checkbox"/> 四肢系 [右・左・両] [部位] <input type="checkbox"/> 頸部 [耳下腺・咽頭喉頭・甲状腺・顎下腺]	単純 <input type="checkbox"/> 妊娠または妊娠の可能性 造影 <input type="checkbox"/> 薬剤過敏 <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー歴 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> 感染症

<input type="checkbox"/> 内視鏡検査		<input type="checkbox"/> 以下に該当なし
検査部位	<input type="checkbox"/> 胃カメラ (食道・胃・十二指腸)[経口のみ] <input type="checkbox"/> 大腸カメラ (※) 前処置薬: <input type="checkbox"/> 病院での服用をご希望の方	<input type="checkbox"/> 抗凝固剤の服用 ※大腸カメラは、事前検査説明のため、遅くとも2日前までにご来院が必要です。

<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度検査	<input type="checkbox"/> DEXA検査 (腰椎・大腿骨) ※ <input type="checkbox"/> 当日結果説明希望あり <input type="checkbox"/> DIP検査 (末梢骨 (橈骨))

- ◆お急ぎの場合は電話でもお受け致します。 <平日8:30~17:00 土曜日8:30~13:00 日祝除く>
- ◆上記時間以外のCT・MRI検査、骨密度検査のご予約は放射線科にて受付可能です。
受付時間 平日17:00~20:00迄 土曜日13:00~17:00迄 <電話受付のみ 0774-63-1111>
- ◆受付時間後のFAX受信分につきましては、翌診療日の返信になります。
- ◆骨密度検査は、月~金の午後13:30~16:30 月・火・木の午前9:00~10:30です。

〒610-0334 京田辺市田辺中央6丁目1番地6 医療法人 石鎚会 田辺中央病院
[代表] TEL 0774-63-1111 FAX 0774-63-2363
[地域医療連携室] TEL/FAX 0774-64-0444