

生理検査申込書

送付先 医療法人 熊谷総合病院 地域医療連携室

TEL 048-525-6779 (直通)

FAX 048-525-6769 (直通)

| | | | |
|---------------------------|---|---------|-------|
| 申込年月日 | 年 月 日 () | | |
| 申込医療機関名 | | | |
| 電話番号(問合せ先) | TEL | (担当:) | |
| FAX番号 | FAX | | |
| 患者様名 | フリガナ | | |
| | 氏名 | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 日 |
| 検査名 (ご依頼される項目にチェックしてください) | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査検査 <small>(心電図検査含む)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> ホルター心電図 ※1 <small>(心電図検査含む)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> トレッドミル検査 <small>(心電図検査・心臓超音波検査含む)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> 下肢静脈超音波検査 <small>(検査日は月・水・木の午後)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査 <small>(検査時間は午後)</small> | | |
| 検査のご希望日 | 第一希望 | 月 日 () | AM・PM |
| | 第二希望 | 月 日 () | AM・PM |
| | 第三希望 | 月 日 () | AM・PM |

ご依頼いただく際は、胸部レントゲン画像(心胸比のわかる)情報の提供をお願いします。

※1 検査翌日が機器の返却となる為、翌日が休診日の場合は検査を実施しておりません。

※ 電話による予約では、氏名・生年月日の聞き間違いがありますので、お手数ですが

検査予約の際FAXをお願いいたします。(イチ月⇔シチ月 ・ マツダ⇔マツバ)

FAXは受信後、予約を取り5分前後に、こちらからご連絡いたします。

※ 希望日が特にならない場合は、都合の悪い日時等をスペースに記入してください。

※ 当院の時間外・休診日にお申込みいただいた場合は、翌診療日にご連絡いたします。