

検査予約連絡票

平成 年 月 日

医療機関名			
医師名		診療科	
電話番号		FAX	

【紹介患者さんの情報】

(ふりがな)			M・T・S・H		
氏名	生年月日	年 月 日	姓別	男 ・ 女	
住所			電話	()	
当院受診歴	あり (年 月頃)		・ なし	・ 不明	

* 依頼検査 (該当するところに○をおつけください)

【予約希望日時】
月 日 曜日
時 分
希望なし

放射線検査

CT ・ MRI (造影: あり ・ なし)

部位 _____

所見診断 (必要 ・ 不要) ※必ず記入して下さい

注腸造影 ・ 胃透視 ・ 小腸透視 ・ 乳房撮影
胆嚢撮影 ・ 腎盂撮影 ・ 下肢静脈造影

生理検査

運動負荷心電図 (トレッドミル) ・ ホルター心電図
腹部エコー ・ 心エコー ・ 乳腺エコー

内視鏡検査

胃内視鏡 (GIF) ・ 大腸内視鏡 (CF)

庄内余目病院 地域医療連携室
 TEL 0234-43-3470 (直通)
 FAX 0234-43-3516