

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番号	

【紹介患者さんの情報】

(ふりがな) 氏名		生年 月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
住所			電話 ()	FAX ()	
当院受診歴		有り (年 月頃)	無し	不明	

【予約希望日時】

* 検査依頼 (該当するところに をお付けください)

月 日 () 曜日
時 分
希望なし

放射線検査

MRI (造影:有り・無し)

CT (造影:有り・無し)

注腸造影 ・ 胃透視

マンモグラフィ ・ 小腸透視

胆嚢撮影 ・ 腎盂撮影

下肢静脈造影 ・

心臓カテ - テル検査

(診断 ・ 治療)

生理検査

運動負荷心電図(トレッドミル) ホルタ - 心電図

腹部エコー ・ 心エコー ・ マンマエコー

内視鏡検査

胃内視鏡(GIF) ・ 大腸内視鏡(CF)

庄内余目病院 地域連携室

FAX 0234-43-3516