

# 検査予約連絡票

令和 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)		生年 月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 歳)	性別	男 ・ 女
氏名					
住所			電話	( )	
当院受診歴	あり ( 年 月頃)		・ なし ・ 不明		

臨床診断・臨床所見・検査目的

## \* 依頼検査 (該当する項目に○をおつけください)

### 放射線検査

CT ・ MRI 部位 \_\_\_\_\_  
(造影： あり ・ なし ・ 3D )  
(所見診断： 必要 ・ 不要 )

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

超音波検査 (部位： \_\_\_\_\_ ) ・ 運動負荷心電図 (トレッドミル)  
ホルター心電図

### 内視鏡検査

胃内視鏡 ・ 大腸内視鏡

## 【予約日時】

月 日 曜日  
時 分

**庄内余目病院 地域医療連携室**

TEL 0234-43-3470 (直通)

FAX 0234-43-3516 (直通)

患者様の個人情報については十分に配慮いたします