

山王病院 検査予約申込書

※電話予約後、この用紙をFAX（0296-75-0646）してください。
 ※保険証、診療情報提供書（紹介状）は必ず患者様来院時にお持ちください。

依頼元 医療機関名
 医師名
 TEL
 FAX

患者情報	カガナ	山王病院受診歴	有	無
	氏名	様 (男性 女性)	生年月日	年 月 日
	住所 〒			
	TEL			

【 検査予約の申込 】

●検査目的は診療情報提供書（紹介状）に具体的に記入してください

内視鏡	胃 S状結腸
超音波	腹部 甲状腺 心臓 頸部血管 目的臓器 ()
X線診断	消化管等 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胃 D I P 注腸(前処置 当院にて・自院にて)
	C T <input type="checkbox"/> 単純造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 単純造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 単純造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 単純造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 単純造影 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
	MRI <input type="checkbox"/> 単純造影 確認事項： <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着者でないこと <input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップがないこと <input type="checkbox"/> 体内金属片がない事 <input type="checkbox"/> 妊娠及び妊娠の可能性ない事 その他 ()
検査日	月 日 () 時 分
◆感染症（内視鏡の場合） H C V抗体 (+ -) M R S A (+ -) H B S抗原 (+ -) W a - R (+ -) ◆読影希望 有 無 ※読影の有無を必ずご指示下さい。 備考	

※造影剤を使用する検査の場合は、別紙【問診票】【同意書】が必要です。患者様来院時に必ずお持ちくださいますようお願いいたします。
 ※検査予約受付は、月～土 午後5時までとさせていただきます。午後5時以降のお申し込みは、翌業務日にご連絡させていただきます。