

FAX検査予約依頼書

国際親善総合病院 地域医療連携室
 横浜市西が岡1-28-1
 TEL 045-813-0221

予約専用FAX
 0120-459-317

紹介元医療機関

名称
 住所
 電話番号

患者情報

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	M・T・S・H	年 月 日
住所		電話番号	-	-
国際親善総合病院受診歴	有・無	ID		
特記事項:	<input type="checkbox"/> 車椅子要 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害			
体内金属:(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ペースメーカー:(<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)				

保険情報 ※保険証・医療証の写しをFAXしていただければ記入は不要です。

保険者番号	
記号番号	
資格取得月日	年 月 日
有効期限	年 月 日
一部負担金の割合	
後期高齢者医療	
被保険者との続柄	本人・家族
公費負担者番号	有効期限 年 月 日
公費負担医療の受給者番号	~ 年 月 日

- ①予約が取れ次第「予約票」をFAXでお送りしますので、患者さんにお渡してください。
 ②検査当日、患者さんは直接予約票に書かれている受付にお越しいただくようご案内ください。
 ③新患の患者さんは保険情報に基づき予めカルテを作成いたしますが、確認のため必ず当日は
保険証をご持参くださるようご案内ください。

検査項目の口に✓を付けてください。

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> 上部消化器内視鏡検査 | 7 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP |
| 2 <input type="checkbox"/> 下部消化器内視鏡検査 (ポリープ切除:有・無) | 部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 |
| 3 <input type="checkbox"/> 超音波検査: <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) |
| 4 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 | <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他() |
| 5 <input type="checkbox"/> 栄養相談 | 造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 |
| 6 <input type="checkbox"/> CT | |
| 部位: <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 | |
| <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他() | |
| 造影: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 | |

CT・MRIの造影剤**有**又は**一任**は、**3ヶ月以内**のクレアチニン値・BUN値のデータを紹介状に添付して下さい。
 また、一任の場合は放射線科医が必要と判断した場合、造影剤を使用します。

検査希望日	月日指定希望日	月 日 希望