

エコー検査申込用紙(検査部 FAX用)



医療機関名

.....

医師名

.....

所在地

.....

電話

FAX

.....

患者さま基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所 連絡先	(〒) TEL: ()		
当院での受診歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ID番号)		
検査目的			
既往歴 現病歴			
検査 希望日	第1希望	第2希望	
	月 日 (AM ・ PM)	月 日 (AM ・ PM)	

※被保険者情報のFAXをお願いします。

検査依頼項目

生理機能 検査	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー(AMのみ) 肝・胆・膵・脾・腎・その他() <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/> 腎動脈エコー 注:その他の部位については、お問い合わせください。
	その他	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
結果について	所見をつけて、後日郵送させていただきます。	

予 約 FAX : 072-462-1899