

京丹後市立弥栄病院 宛

【検査予約】

FAX 0772-65-2487

紹介患者様事前受付 FAX用紙

申込日 令和 年 月 日

患者様情報

フリガナ () 氏名	性別 男・女	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所	電話番号		
弥栄病院受診歴	あり (診察券番号) ・ なし ・ 不明		

検査予約

身長()cm 体重()kg

希望検査 (○をつけて下さい)			
ホルター心電図	CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	検査部位 ()
心臓エコー	MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	検査部位 ()
脳波			
検査希望日	第一希望	令和 年 月 日 ()	
	第二希望	令和 年 月 日 ()	
紹介目的 (主症状・病名)			
読影所見	<input type="checkbox"/> 希望する (所見は後日FAXにて返送します)		<input type="checkbox"/> 希望しない

紹介元医療機関

名称	所在地 〒
診療科	電話番号
医師名	FAX番号

◎以下、記入の必要はありません

	検査可能日	当日持参書類【必ず記入の上持参してください】
胃力メラ	月～金	診療情報提供書 (先ず内科受診が必要です)
脳波	火〔午後〕・水〔午後〕	診療情報提供書・脳波所見用紙 (弥栄病院用)
CT単純	月～金	診療情報提供書
CT造影	火・木	診療情報提供書・造影検査問診同意書 (検査後に内科受診が必要です)
MRI単純	月～金	診療情報提供書・MRI検査問診同意書
MRI造影	火・木	診療情報提供書・造影検査問診同意書

患者様状況	京丹後市立弥栄病院	電話番号	0772-65-2613
<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中	地域医療連携室	FAX番号	0772-65-2487
		受付時間	平日8:30~16:00