

島の病院おたに 検査申し込み用紙 FAX (0823) 45-0310

島の病院 おたに 宛て

平成 年 月 日

〒737-2301

広島県江田島市能美町中町4711

TEL 0823-45-0303

FAX 0823-45-0310

紹介医療機関名称・所在地・紹介医師名・電話 & FAX 番号

必ず、FAX 番号の記載をお願いします。

患者情報	フリガナ氏名	.....				★当院診察券をお持ちでない方はカルテ作成のために保険証情報を下記空白欄に記載をお願いします。	
	島の病院 おたに 診察券番号	.....	.....	.....	.....
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日		男・女
	郵便番号	〒	.....	.....	.....		.....
	現住所	.....				
電話	.....					

検査項目	生理検査	心臓超音波 (月曜日午前のみ)
	内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査 (月曜日午前)
		大腸内視鏡検査 (月曜日午前来院、午後検査)
	画像診断 (放射線科)	C T <単純のみ>
M R I <単純のみ> 問診票を一緒に送付お願いします		
マンモグラフィー 診察の予約となります		

注:内視鏡検査のうち、大腸については紹介元より処方される下剤の服用が必要となります。

CT・MRI検査は、単純のみとなります。

CT検査は心臓ペースメーカーのある方は胸部CTの検査が行えませんのでご了承下さい。

MRI検査は心臓ペースメーカー、脳腫瘍クリップ、冠動脈バイパスクリップなどのある方は検査が行えませんのでご了承下さい。

【診療情報提供内容】

*病名もしくは、疑い病名 (詳細は別途紹介状の添付をお願いします。)
.....

【時間帯 A:9:00-10:30 B:10:30-12:00 C:14:00-16:00】

希望日時	①	月	日	A・B・C
	②	月	日	A・B・C
決定日時	月	日	時	分 ⇒紹介もとへ返事 (未・済)

【CT・MRIの報告様式の希望】

放射線科所見 (必要・不要) / CD-R (必要・不必要)

結果返送は翌日郵送(日祝日は翌々日)になります。