様式 33

聖ヨゼフ病院　検査 FAX 予約申込書
（診療情報提供書）

平成　　年　　月　　日

貴医療機関名称

住所　〒（　　－　　）

電話番号　　－　　－　　FAX　　－　　－

先生のお名前　　先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：☐ 有　☐ 無　☐ 不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　　名	様	男 ・ 女 (M)　(F)	年　　月　　日
現 住 所	〒（　　－　　） 電話　　－　　－		
連 絡 先	電話　　－　　－		

主 保 険		保険者番号								記　号 ・ 番　号								1. 本人 2. 家族
併用保険		負担者番号								受給者番号								給付割合	☐併用無し
	1																	0 割･1 割･2 割･3 割	
	2																	（　　）	

依頼検査　ご依頼の検査に✓（チェック）をして下さい。

- ☐ **腹部エコー（肝・胆・膵・脾・腎）**
- ☐ **心臓エコー**
- ☐ **ホルター心電図**
- ☐ **トレッドミル運動負荷試験**
- ☐ **動脈硬化スクリーニングセット（頚動脈エコー・ＰＷＶ）**
- ☐ **ＰＷＶ（その他検査と同時依頼可能です）**
- ☐ **骨塩定量検査（ＤＥＸＡ法）**
- ☐ **その他の検査（　　）**

検査希望日　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

※ ホルター心電図は取り付けと取り外しに 2 日かかります。その他の検査（心臓エコー・トレッドミル）と複数予約される場合は、予約調整をいたしますので、ご相談下さい。

臨床情報（主訴、経過）

FAX：046-824-8076　　地域連携室直通　　電話：046-824-8071