

聖ヨゼフ病院 検査FAX予約申込書

(診療情報提供書)

令和 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 (歳)
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
	1											0割・1割・2割・3割	□併用無し
	2											()	

依頼検査 ご依頼の検査に✓(チェック)をしてください。

- 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 (頸動脈エコー・PWV)
 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ください。

臨床情報(主訴・経過)

FAX : 046-824-8076

地域連携室直通

電話 : 046-824-8071