

市立堺病院予約申込書

予約決定日時 (当院記入欄)

所在地

施設名

医師名

TEL

FAX

フリガナ	性別	男	女
患者氏名	M	T	S H
住所	年	月	日生
TEL	当院受診歴	あり	なし

●診療申込欄 (検査のみの場合、この欄記入不要)

受診科名	※希望医師名
主訴または病名	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン <input type="checkbox"/> その他()
備考(予約日時などの希望)	

◎放射線画像 希望される場合
CD-R ・ フィルム

●検査申込欄 (診療のみの場合、この欄記入不要)

※ 検査申込の際は、診療情報提供書・問診表・同意書を添えてお申込ください。

放射線科 画像診断	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝臓・腎	必ず記入下さい 検査の種別
		<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他()	
	MRI	<input type="checkbox"/> 脳精査 <input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰仙椎 <input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
		<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢・膵臓)	
		<input type="checkbox"/> 乳房(右 or 左) <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺	
	<input type="checkbox"/> 四肢・関節(部位) <input type="checkbox"/> その他(部位)		
注)MRI・CT検査は1日1項目のみ可です。複数項目の場合、予約は複数日となります。			
	消化管	<input type="checkbox"/> 胃透視(上部消化管) <input type="checkbox"/> 注腸検査	
	シンチ	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺タリウム <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> Ga	
	その他	<input type="checkbox"/> 骨塩分定量 (骨密度測定) <input type="checkbox"/> 乳房撮影 (マンモグラフィー)	
	消化器内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃カメラ(食道・胃・十二指腸)	
	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺	
	呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> スクリーニング (スパイログラム、フローボリューム) <input type="checkbox"/> 精密検査 (スパイログラム、フローボリューム、残気量、拡散能、呼吸抵抗、CV)	
	循環器検査	<input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> その他()	
備考(予約日時・フィルムコピーなどの希望)			