)

埋市立総合医療センター予約由込「予約決定日時(火陸和・棚)

カトリ 土心 口 区景 ピンノ			1、小1、七、百			(目)元記入(側)
所在地						
施設名						
TEL -				FAX		
<u></u>			(旧姓)	年 齢	性別男	· 女
患者氏名				歳	мтѕн	R
住所					年	月 日生
TEL -				当院受診療	- 歴 あり -	なし
現在貴院に □通院中 □入院□		□通院中 □入院中	※当院ご入院になられた場合、開放病床利用を希			希望口する口しない
●診療申込欄(検査のみの場合、この欄記入不要) ※可能でありましたら診療情報提供書を一緒にご送付願います						
受診科名 ※希望医師名						
主訴または病名						
紹介目的 口精査・診断 口治療・観察 口手術 口セカンドオピニオン 口その他()	
備考(予約日時などの希望)						
●検査申込欄(診療のみの場合、この欄記入不要)※ 診療情報提供書・問診表・同意書を後程ご送付ください。						
放射線科画像診断	СТ	□頭部 □眼窩	□副鼻腔	□頚部	□胸部 □腹部	必ず記入下さい
		口上肢 口下肢	□その他()	妊娠(有・無)
	MRI	□脳精査 □脳+MRA	□頚椎	□胸椎	□腰椎 □骨盤	□単純 □造影
		□頚部 □頚部MRA	□肝臓	□腎臓	□MRCP(胆囊・膵臓	造影の場合
		□乳房(右 or 左)	口子宮卵巣	□腹部	□膀胱 □前立腺	・クレアチニン値
		□四肢•関節(部位)	口その他(部位) (mg/dl)
	シンチ	□骨 □Ga			または	
	その他	口骨塩分定量 (骨密度測定) 口乳房撮影 (マンモグラフィー)) •eGFR値
消化器内視鏡		口胃カメラ(食道・胃・十二指腸)				(ml/min/1.73/m3)
超音波検査		□腹部 (肝・胆・膵・脾・腎) □胎児エコー □その他()				
		□スクリーニング (スパイログラム、フローボリューム)				

備考(予約日時・フイルムコピーなどの希望)

□公害認定(SVC·FVC·FRC·Dlco·CV)

呼吸機能検査

循環器検査

□心エコー □ホルター心電図 □トレッドミル □その他(