

甲南医療センター 検査予約依頼用紙

患者さまを甲南医療センターにご紹介いただく際には、下記の必要事項をご記入のうえ、この用紙を『患者サポートセンター』にFAXしてください。

検査日時が決まりましたら、貴院様宛てに【検査予約確認票】をFAXいたします。

【検査予約確認票】は、貴院様からの【診療情報提供書】と合せて患者さまにお渡しください。

1. 貴院について

貴院名	
医師名	
電話番号	
FAX番号	

2. 患者さまについて

ふりがな	
患者さま氏名	
生年月日・性別	明・大・昭・平・令 西暦 年 月 日 (男・女)
電話番号	

3. 検査について

ご希望の検査に○をしてください	◆ CT 単純・造影 部位 ()
	◆ MRI 単純・造影 部位 ()
	◆ RI 検査名 :
	◆ 骨塩定量 (DEXA)
	◆ 胃内視鏡検査【経口・経鼻】
	◆ 超音波【腹部・心臓・頸動脈・下肢静脈】
	◆ トレッドミル ◆ ホルター心電図 ◆ 脳波
ご希望の検査日	第1希望 年 月 日 ()
	第2希望 年 月 日 ()
	特に希望日なし

甲南医療センター 患者サポートセンター

T E L : (078) 851-0122 F A X : (078) 854-4158

受付時間 : 平日 9:00~19:00 土曜日 9:00~13:00