六甲アイランド甲南病院　検査予約依頼用紙

患者さまを六甲アイランド甲南病院にご紹介頂く際には、以下の必要事項をご記入の上、この用紙を「地域医療連携室／予約センター」にＦＡＸして下さい。
検査日時が決まりましたら、貴院宛に「検査予約受付証」をＦＡＸ致します。
「検査予約受付証」は、貴院からの「診療情報提供書」とあわせて患者さまにお渡し下さい。

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

フリガナ	
患者さま氏名	
生年月日・性別	明・大・昭・平　　年　　月　　日　（　男　・　女　）
電話番号	

３．検査について

ご希望の検査に ○をして下さい	■ ＣＴ　　単純　・　造影　　部位（　　） ■ ＭＲＩ　　単純　・　造影　　部位（　　） ■ ＲＩ　　検査名（　　） ※ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ装着の方は御相談下さい。 ■ 骨塩定量(DEXA)　■ 胃部透視　■ 下咽頭食道透視 ■ 胃内視鏡検査【 経口　・　経鼻 】 ■ 超音波【 腹部・心臓・下肢静脈・頚動脈 】 ■ トレッドミル　■ ホルター心電図　■ 脳波 ■ 腸透視　※前処置の検査食はいかがされますか？ ・処方します　・六甲アイランド甲南病院処方希望 ※検査食を当院にて処方希望の場合は一度放射線科の受診が必要となります（放射線科受診のご予約も同時に承ります）。
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

六甲アイランド甲南病院　地域医療連携室（予約センター）

電話番号　：　０７８－８５８－１１３３（直通）
ＦＡＸ番号　：　０７８－８５８－２３１８（直通）
受付時間　：　【月曜日～金曜日】午前８時３０分～午後７時００分
【土曜日】　午前８時３０分～午後１時００分
（日曜日・祝日・年末年始12月29日～1月3日を除く）