

紹介患者様用

【生理検査電話予約用】受託検査申込書

※お電話で予約後、医療連携室宛てにFAX願います。

検査予約日時	令和 年 月 日 (曜日) □	検査科への電話連絡(月日)	
	午前 ・ 午後 時 分	済(/)	
フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所	〒 -		
	TEL ()		

電話予約した検査項目にチェックの上、各項目の記入と注意事項の確認、ご指導をお願いします。

<input type="checkbox"/> 心エコー	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 神経伝導検査	<input type="checkbox"/> 血圧脈波	<input type="checkbox"/> 肺活量検査	<input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー
検査目的・臨床所見等を記入願います。					

<input type="checkbox"/> 腹部エコー検査
検査目的・臨床所見等記入願います。
※注意事項※ ①絶食等のご指導をお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 検査予定が午前の場合は、前日21時以降検査終了まで絶食 <input type="checkbox"/> 検査予定が午後の場合は、検査当日9時以降から検査終了まで絶食 <input type="checkbox"/> 飲水は水のみ可 <input type="checkbox"/> 血圧、心臓、精神薬内服中の方は当日朝7時まで内服 ②検査は超音波検査士(消化器領域)が行います。したがって、検査結果はすべて所見として報告いたします。 患者様に対する説明責任は全て依頼した医師が負うものといたします。

紹介元医療機関名	TEL () / FAX ()
紹介医師名	

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1
TEL 0197-25-3833
生理検査室(内線280)
医療連携室(内線257)
FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R5.09)