

予約連絡表（検査等のみ）

1. 紹介元医療機関

申込日： 年 月 日

医療機関名		住 所	
担当医師名		F A X	

2. 紹介患者情報

患者名	フリガナ	性別	住 所	TEL:
		男・女		
明・大 昭・平	年 月 日	歳	状態	歩行可能・車椅子使用・寝たきり
傷病名及び 特記事項				

3. 検査等希望日

日 時	年 月 日	曜日	AM PM	時 分
-----	-------	----	----------	-----

画像診断

- C T ⇒ 単純 : 造影剤使用
 頭部 : 頸部 : 胸部 : 腹部 : 骨盤 : ()
- M R ⇒ 単純 : 造影剤使用
 頭部 : 頸部 : 胸部 : 腹部 : 骨盤 : 肩関節
 頸椎 : 胸椎 : 腰椎 : 膝関節 : ()
- 一般撮影
 胸部単純 : 腹部単純 : 胃透視 : マンモグラフィ : ()
- 超音波検査
 乳腺 : 腹部 : 頸動脈 : 甲状腺 : 心エコー : ()

生理検査

- 終夜睡眠ポリグラフ : ABI : トレッドミル : 脳波 : ホルター心電図
 ()

内視鏡

- 希望診療科 内科 : 外科
 上部消化管 : 大腸 : 気管支鏡(*要診察)

公立学校共済組合 北陸中央病院（地域医療連携センター）

932-8503 小矢部市野寺123 TEL 0766-67-1150

FAX 0766-68-3733

H29.4.1