

F A X 予約依頼票 (生理検査用)

【直通 F A X 番号 : 0795-23-4580】

(紹介先)

令和 年 月 日

西脇市立西脇病院

(紹介元)

名称

所在地

医師名

印

T E L

— —

F A X

— —

科

先生
御侍史

受診希望日	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	令和 年 月 日	時頃
-------	-----------------------------	-----------------------------	----------	----

※希望に添えない場合がございますが、ご了承ください。

患者	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男	身長			cm
	氏名					<input type="checkbox"/> 女	体重			kg
患者	生年月日	年 月 日	歳	自宅	電話	— —				
	住所				連絡先	— —				
西脇病院への受診歴		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不詳								
概要	臨床所見 及び 検査目的									

【検査項目】

- 腹部エコー 甲状腺エコー 頸部エコー 下肢静脈エコー
 動脈硬化 (ABI) 24時間心電図 24時間血圧計付心電図
 脳波 (光刺激 あり なし) (過呼吸賦活 あり なし)

西脇市立西脇病院 検査部

※患者さんに切り取ってお渡しください。

※来院の際に必ずお持ちください。

紹介患者予約票

令和 年 月 日

病院名 西脇市立西脇病院

次のとおり予約を受けました。

I D				性別	生年月日	M T S H R	年 月 日
氏名							
診療科	科	医師名					
検査 予約日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分	※検査の関係で前後することがありますが、ご了解願います。			

(注) ご来院の際は、必ず下記のものをお持ちください。

【紹介患者予約票、 診療情報提供書、 健康保険証、 医療受給者証】

西脇市立西脇病院 検査部