

# 済生会兵庫県病院検査申込票

科 \_\_\_\_\_ 先生

施設名 \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_ 年 齡 \_\_\_\_\_ 才 性別 男・女  
 FAX \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

**保険情報**

|      |           |  |  |  |           |  |  |        |              |
|------|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--------|--------------|
| 主保険  | 保 険 者 番 号 |  |  |  | 記 号 ・ 番 号 |  |  |        | 1.本人<br>2.家族 |
|      |           |  |  |  |           |  |  |        |              |
| 併用保険 | 負 担 者 番 号 |  |  |  | 受 給 者 番 号 |  |  | 種 別    | 1.有 2.無      |
|      |           |  |  |  |           |  |  | 老・乳( ) |              |

**臨床診断：**

**紹介目的：**

- 一般検査（随時予約可）
  - ①（希望 月 日又は 曜日）
  - ②（希望 月 日又は 曜日）
- 胃透視 （前日午後 9 時以降絶食）
- 胃内視鏡 （前日午後 9 時以降絶食）
- 大腸内視鏡（前夜に軽い下剤の投与をお願いします）
- 超音波 （腹部・頸部・乳房・心部・その他\_\_\_\_\_）
- CT （頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部・その他\_\_\_\_\_）
- MRI （頭部・頸椎・胸椎・腰椎・胸部・腹部・下腹部・その他\_\_\_\_\_）
- 核医学検査（骨シンチ・腫瘍シンチ・甲状腺シンチ・その他\_\_\_\_\_）
- 骨塩定量
- ホルター心電図
- 特殊検査（各該当科受診をお願いします）
  - トレッドミル・心臓カテーテル・心筋シンチ ..... 循環器内科
  - 気管支ファイバー・血管造影検査（TAEを含む） ..... 放射線科
  - 注 腸 ..... 放射線科
  - DIC・DIP ..... 内科・泌尿器科
  - ERCP・PTC ..... 内科・外科
  - 肝生検 ..... 内科

\* FAXでの申し込みは 24 時間対応 但し（平日）8：30～17：00（第 1・3 土曜日）8：30～13：00 までは、当日対応となりますが、それ以降の時間および日、祝、第 2・4 土曜日は、翌日対応とさせていただきます

\* 胃内視鏡と大腸内視鏡の検査をされる方は、できればHBs 抗原・HCV 抗体・W 氏反応（TPHA ガラス板法）の結果をお知らせ下さい