独立行政法人 地域医療機能推進機構 横浜保土ケ谷中央病院 ＦＡＸ申込書 検査用

地域連携室　宛（FAX　０４５－３３１－１３３３）

ＦＡＸ受信後、検査予約票（患者様用）および検査注意書（CT・MRI 検査以外）を返信します

予約希望	□至急の予約　□普通予約
予約希望日	

紹介元医療機関
の名称・所在地

医　師　名

ＴＥＬ（　　－　　－　　）
ＦＡＸ（　　－　　－　　）

備考：

横浜保土ケ谷中央病院の受診歴　　□あり（ＩＤ番号：　　）　□なし　□不明

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日
現住所	〒（　　－　　） TEL（　　）　－		
連絡先	TEL（　　）　－		

保険情報記入欄（保険証のコピーを一緒にＦＡＸして頂いても結構です。）

主保険	保険者番号	記号・番号	続柄
		・	1. 本人　2. 家族

併用保険	公費負担者番号	受給者番号	諸法関係
①			□労災　□公災　□公害　□交通事故
②			□その他（　　）

ご希望の検査を選択してください。

ＣＴ　（単純のみ）	□頭部 □頚部 □胸部 □腹部 □脊椎 □四肢	詳細部位記載
ＭＲＩ（単純のみ）	□頭部 □頚部 □腹部 □骨盤部 □脊椎 □四肢 □血管	
心臓	□冠状動脈ＣＴ（造影剤使用）	

内視鏡検査	□食道・胃・十二指腸
消化管造影	□食道　□胃（十二指腸）
超音波検査	□上腹部　□下腹部　□頚部（甲状腺・耳下腺・顎下腺）　□頚動脈　□乳腺
循環器検査	□心臓エコー　□ホルター心電図　□ＰＷＶ・ＡＢＩ
神経・筋検査	□筋電図・神経電導速度検査

- 上記に記載していない検査をご希望の場合は、外来受診が必要となります。
- 超音波検査は、日超医認定の超音波検査士が行っております。
- 心臓エコー検査をご依頼の場合、検査当日に**心電図**を持参させてください。