# 三菱京都病院予約センター 行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

ＦＡＸ：０７５-３８１-２１７３

検査予約申込書 兼 診療情報提供書

本紙は診療情報提供書を兼ねておりますので、原本を当日ご持参くださいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 | 紹介元医療機関名　住所 | |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 歳 |
| 住所　〒　　　　－ | | | | ご担当医 | ㊞ |
| TEL | － |
| TEL | － | | | FAX | － |
| 病名 |  | | | 既往歴 |  |
| 経過等 |  | | | | |

**検査希望日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ 希望なし | 第１希望　　　　　月　　　　日　（　　） | 第２希望　　　　　月　　　　日（　　） |

**検査結果報告 ＊必要なものすべてにチェックをお願いいたします**

|  |  |
| --- | --- |
| **媒　　体 ►**　□　CD-R（またはDVD）　□　フイルム　＊マンモトーム、透視は不可  　　　　　　※骨塩定量はカラープリントを後日郵送いたします。 | |
| **報告方法 ►**　□　後日郵送　□　患者手渡し | 検査後1-2時間程度お待ちいただきます。  （16時以降の予約の場合は不可） |
| □ 所見FAX ※ 原則、所見は翌日17時（土日祝日除く）までに完成します。 | |

**検査部位・指示等**

|  |
| --- |
| □ 超音波  検査部位 ► □ 腹部　 □ 頸動脈 　□ 甲状腺 　□ 経食道 　□ その他（　　　　　　　） |
| □ 透視  検査部位 ► □ 卵管造影 |
| □ マンモトーム  ステレオガイド下 ► □ 右 □ 左  エコーガイド下 ► □ 右 □ 左 |
| □ 骨塩定量 |

20240321