



生理機能検査申込用紙 (検査部 FAX用)

医療機関名

医師名

所在地

電話

FAX

患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
氏名		電話		
		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 歳
住所	(〒)			
被保険者情報 ※複写をFAX 頂いても結構 です	保険者番号	記号	被保険者番号	区分
				本人・家族
	公費	負担者番号	受給者番号	有効期限
当院での受診歴の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (ID番号)	
検査目的				
検査希望日時	第1希望	月 日 AM・PM	第2希望	月 日 AM・PM

検査依頼項目選択

生理機能検査	超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー (肝・胆・膵・脾・腎・その他 ()) <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 体表エコー (甲状腺) <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー 注: その他の部位については、お問い合わせ下さい。
	その他検査	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> ABI/PWV (脈波伝播検査) ※身長 cm 体重 kg
結果について	所見をつけて、後日ご郵送させていただきます。	

予約FAX 072-278-3299 (地域連携室)

※個人情報の取扱には万全を期しておりますが、万一誤って本書が送信された場合、お手数ですが下記までご連絡お願い致します。

医療法人 恵泉会 堺平成病院 地域連携室直通 072-278-3199