

さぬき市民病院 検査紹介予約FAX用紙
FAX番号 (0879-43-1530)

平成 年 月 日

地域医療連携室 宛

検査希望日	平成 年 月 日頃 平成 年 月 日頃	紹介先 医療機関	
(フリガナ) 患者氏名	男・女	医師名	印
		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 () 歳	FAX番号	
住 所	自宅:TEL()		
経過及び 依頼の目的			
検査項目 印をつ けてください	部位・臓器名記入欄		
	CT (単純) MRI (単純) 骨密度測定 消化管透視(上部・下部) 内視鏡検査(上部・下部) 腹部超音波検査 心臓超音波検査 PWV(脈波伝達速度) マンモグラフィー 脳波	具体的に記入してください。	
	来院方法	独歩 車椅子 ベッド	
連絡事項	<p>【注意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 消化管透視・内視鏡検査(下部)については、検査日の前々日まで一度来院が必要です。 ・ 消化管透視(上部)については、絶食にて来院して頂ければ、予約当日に検査の説明後に「同意書」を頂き、検査を行います。 ・ 内視鏡検査(上部)については、内服薬の確認をしてください。 ・ フィルム等は検査終了後に、患者さんにお渡しします。 		

電話番号 0879-43-2521

FAX番号 0879-43-1530

<受付時間> 病院診療日の平日 8時30分から17時15分

さぬき市民病院 地域医療連携室