



東海大学医学部付属病院 予約申込書 (超音波検査)

FAX:0463-93-1125 (医療連携室直通)

申込日 年 月 日

※紹介状(診療情報提供書)も一緒に送付ください(紹介状原本は患者さんへお渡しください)

紹介元情報	紹介元医療機関名	【印鑑等でも構いません】		
	担当科・部署名	担当者名		
	電話番号	—	FAX番号	—

患者情報	性別			
	フリガナ 氏名	男・女	生年月日	年 月 日(歳)
	通訳手配(要・不要) ※通訳料は患者負担 診察カード 無・有()			
	※以下の欄は紹介状に表示があれば、記載不要です。『□紹介状参照』にレ点を付けてください。			
	□ 紹介状参照	〒	住所	
	電話番号	:	携帯:	
	現在ご入院中ですか? はい / いいえ (退院予定日 /)		移動手段: 独歩 / 車椅子 / ストレッチャー 医療機器: 無・有(酸素・その他「 」) 付添い: 家族・職員・その他()	

受診希望日	第1希望	月	日()
	第2希望	月	日()
調整方法	(以下項目へチェックを入れてください) ☐ 紹介元医療機関と当院で日程調整 ☐ 患者さんと当院で日程調整(※) 医療機関への連絡 要: ☐ 否: ☐ ※検査予約ではご利用いただけません		

予約項目 検査の場合は項目に○付け・部位記載	
紹介外来	検査予約(診療科名は【】内参照) (予約時に当院からFAXします)
	【臨床検査科】 超音波検査
	1)希望領域を1つ選択して○で囲んでください 腹部・表在・血管
	2)希望検査部位を1つ選択して○で囲んでください 腹部領域・上腹部(肝・胆・膵・脾) ・上腹部+腎 ・下腹部(膀胱+前立腺) ・腎のみ ・下腹部(膀胱+子宮・卵巣) ・腎ドブラ ・腎+下腹部 表在領域・乳腺 ・甲状腺 ・その他() 血管領域・頸動脈 ・下肢静脈 ・下肢動脈 ・その他()
	科 医師指定 なし あり 医師
※ 診療科名は別紙『東海大学医学部付属病院 診療科別予約申込方法』をご参照ください	

問合せ先

東海大学医学部付属病院 患者支援センター 医療連携室

TEL: 0463-93-8495(直通)

FAX: 0463-93-1125

平日

第1・3・5土曜日

8:00~18:00

8:00~15:00