

## 臨床検査依頼票兼予約票

|                                                  |           |                                                              |                                                             |
|--------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ふりがな                                             |           | 医療機関名                                                        |                                                             |
| お名前                                              |           | 診療科                                                          |                                                             |
| 男 ・ 女                                            |           | 主治医                                                          |                                                             |
| 西暦                                               | 年         | 月                                                            | 日生 歳                                                        |
| 身長                                               |           | cm                                                           | 体重 kg                                                       |
| FAX                                              |           | 電話                                                           |                                                             |
| 予約日時                                             |           | 年 月 日 ( ) 時 分                                                |                                                             |
| 臨床診断名                                            |           | 手術歴                                                          |                                                             |
| 現病歴                                              |           |                                                              |                                                             |
| 検査目的                                             |           |                                                              |                                                             |
| 検査項目                                             | 結果報告までの日数 |                                                              | 結果報告形式                                                      |
| <input type="checkbox"/> 心電図検査(12誘導)             | 当日～3日     | <input type="checkbox"/> 当日手渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送 | <input type="checkbox"/> 紙媒体 <input type="checkbox"/> 電子データ |
| <input type="checkbox"/> ホルター型心電図検査              | 2週間程度     | 後日郵送                                                         | <input type="checkbox"/> 電子データ                              |
| <input type="checkbox"/> 脈波図(血管伸展性検査)            | 当日～3日     | <input type="checkbox"/> 当日手渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送 | <input type="checkbox"/> 紙媒体                                |
| <input type="checkbox"/> 眼底カメラ撮影                 | 当日～3日     | <input type="checkbox"/> 当日手渡し <input type="checkbox"/> 後日郵送 | <input type="checkbox"/> 電子データ                              |
| <input type="checkbox"/> 超音波検査<br>(心臓・腹部・頸動脈、頸部) | 2～3日      | 後日郵送                                                         | <input type="checkbox"/> 電子データ                              |
| <input type="checkbox"/> 血液型検査                   | 2～3日      | 後日郵送                                                         | <input type="checkbox"/> 紙媒体                                |
| * 電子データでのご報告をご希望の場合はDVDまたはCDでのご報告となります           |           |                                                              |                                                             |

ご予約は、当院医事課にお電話にてお願いいたします。  
検査日が確定しましたらこの用紙をFAXしてください。

医療法人 新光会 村上記念病院  
TEL (0254-52-1229) FAX (0254-52-3556)

\*患者さんには「検査のご案内」に予約日等を記入し、ご説明のうえお渡しく下さい。

\*万が一キャンセルの場合は、分かりしだい紹介医さま経由にて当院医事課へご連絡ください。