

**FAX 0721-23-6953**

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。

FAX送信後、**患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちになるようお伝えください。**

**PL病院 検査申込書 (診療情報提供書)**

※この用紙は診療情報提供書 (紹介状) を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	( ) -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 ・ 無
貴医療機関名		電話番号	
貴院医師名	印	FAX番号	

下記の項目に☑または、必要事項を記入してください。

紹介 目 的	<input type="checkbox"/> 透視検査	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 注腸 (検査2日前までに来院できる日: 月 日) ※検査可能曜日 / 胃透視: 月・火・水・土の午前 / 注腸: 木・金・土の午前 ※結果が出るまで、1週間ほどかかります。
	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺   ※心臓は診療予約が必要です ※検査可能曜日 / 月・水・金のみ      ※所見は原則翌日お返しします。
	<input type="checkbox"/> ABI	身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg ・ 血圧 ( / ) ※検査可能曜日 / 月・水・金のみ      ※所見は当日お返しします。
検査希望日	月 日 ( )	

既往歴および家族歴・症状経過および検査結果・治療経過・現在の処方

その他記入欄

