

超音波検査、血圧脈波検査 検査申込書・診療情報提供書

様 検査日時 年 月 日() 時 分に予約しました。

太枠内の必要事項を記入の上、済生会湘南平塚病院 検査予約窓口FAX 0463-71-6185(直通)あてにご返送ください。

①患者情報

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日
患者氏名			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日
電 話	()		

②希望する検査と、その検査に関わる項目のチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 超音波検査					
検査部位	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 下肢

<input type="checkbox"/> 血圧脈波検査	身長	cm	体重	kg
---------------------------------	----	----	----	----

③検査に関わる病名、検査目的をご記入ください

病名	
検査目的 主訴など (図示も可)	

④紹介元情報

医療機関名		
住 所		
電話番号		
FAX番号		
	医師名	(印)