

検査等予約申込書

年 月 日

(宛先) 春日井市民病院長
FAX 0568-82-9345

医療機関名

紹介医師名

電 話

F A X

1 予約方法・日時

↓ご利用になる予約方法に○印をつけてください。((1)・(2)のいずれか)

☐	(1)電話予約	予約日時	年	月	日	(	時	分)
☐	(2)FAX予約	※希望日、希望曜日がある場合は必ず記入してください。						
※希望日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 ※希望曜日 月 火 水 木 金								

2 予約項目

ご予約する項目に○印をつけてください。

(CTまたはMRI検査はそれぞれの専用検査用申込書を使用してください。)

☐	(1) 上部消化管内視鏡検査	経口	経鼻
☐	(2) 心臓超音波（エコー）検査		
☐	(3) 腹部超音波（エコー）検査		
☐	(4) 脳波検査		
☐	(5) 骨密度検査		
☐	(6) アイストープ検査		
	胸部	肝	脾
	腫瘍	その他	(
			)
☐	(7) 胃ろう交換	初回	2回目以降
	バンパー型ボタン (20Fr、 cm)		バルーン型チューブ (20Fr)

3 受診者情報

フリガナ				春日井市民病院登録番号 (ID)	
氏 名					
生年月日	年	月	日 (歳)	性 別	男 女
住 所	〒				
電話番号				春日井市民病院の受診歴 有 無	

(該当する場合は次の項目についても記入してください。)

自賠	保険会社	電話	担当
入院中の場合		算定している入院料:	