

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。

	(1) CT検査	① 単純	単純+造影	造影のみ		
		② 冠動脈	3DCT	部位	()	
		③ 頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部 脊椎
		その他	()			
	(2) MRI検査	① 単純	単純+造影	造影のみ		
		② 頭部	脊椎	上腹部	下腹部	その他 ()
	(3) 上部消化管内視鏡検査	経口	経鼻			
	(4) 注腸透視検査	検査食:	紹介元医療機関	春日井市民病院		
	(5) 超音波検査	心臓	腹部			
	(6) 脳波検査					
	(7) 骨密度検査					
	(8) ホルター心電図					
	(9) 放射線治療					
	(10) アイソトープ検査	胸部	肝	脾	腎	骨 甲状腺
		腫瘍	その他	()		
	(II) 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				