

送信先：直通 フリーダイヤル  
0120 - 622 - 489

(当院記載欄 ID: )

医療法人 良秀会 高石藤井病院  
生理機能検査等 予約申込書

予約申込日：20 年 月 日  
ご記入者名 ( )

医療機関名：

診療科/医師名： 科 医師

Tel：

Fax：

〈患者様情報など〉

イニシャル	姓【 】 ・ 名【 】	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 【 年 月 日生】	
ご住所	〒	
お電話	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 - -	
病名・主訴		
検査目的		
検査希望日時	20 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 【 時 分】 <small>※予約時間15分前までにご来院願います。</small>	
検査項目	超音波検査 ( <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 ) ( <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 他 ( ) ) <input type="checkbox"/> ABI+TBI <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
検査結果(所見)	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要	

※ 該当する項目にチェックを入れて下さい。

※ 報告書(所見)は検査終了後、3日以内にお届けに参ります。

※※ 尚、検査項目により報告書完了までお日にちがかかる場合がございます。  
予めご了承願います。

直通 フリーダイヤル 0120 - 622 - 489

〒592-0014 大阪府高石市綾園1-14-25

2019.12.17.改