

香川県済生会病院 検査依頼書

FAX : 087-868-9563

上・下部消化管内視鏡検査は事前診察が必要になります。

年 月 日

発熱等の症状がある方は、
事前にご相談ください。

紹介元医療機関：

医師名：

TEL：

FAX：

フリガナ			性別	男 ・ 女
患者氏名		旧姓	生年月日	大・昭・平・令 年
				年 月 日
住所	〒			
電話番号			当院受診歴	有 ・ 無 ・ 不明 (ID :)

希望受診科			希望医師	医師
検査希望日	①令和 年 月 日()	AM	・	PM
	②令和 年 月 日()	AM	・	PM

検査項目				
<input type="checkbox"/>	単純CT	部位 ()		
<input type="checkbox"/>	単純MRI	部位 ()		
<input type="checkbox"/>	造影CT	※部位 ()		
<input type="checkbox"/>	造影MRI	※部位 ()		
※造影検査問診票、血液検査データ（腎機能必須）、内服情報を併せて送付してください。				

経過及び検査目的※可能でしたら診療情報提供書の添付をお願いします。

--	--	--	--	--

※当日の予約はお取りすることができません。地域連携室までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先：香川県済生会病院 地域連携室 TEL 087-868-9569（直通）

受付時間：8:30～16:00（月～金） 休診日：土・日・祝祭日、年末年始