

# 診療・検査 予約申込書 が一部変更になりました！

## 南京都病院 診療・検査 予約申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな				性別	男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
患者様氏名										
住所	〒									
				(TEL - - )						
受診日第一希望	令和	年	月	日	( )	時				
第二希望	令和	年	月	日	( )	時				
第三希望	令和	年	月	日	( )	時				
貴院名				医師名						
住所										
電話・FAX										
現在、貴院に	通院中	・	入院中	(該当する方に○印をお願いします。)						

お間違いの無いようにお願いします。



### ●診療申込書

※事前に診療情報提供書をFAXで送信頂きますようお願いいたします。

受診科名				医師名		
主訴又は病名						
紹介の目的 症状等						

### ●検査申込書

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】					
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 膝関節
	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	【 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 】					

※RI検査は必ず事前に診療情報提供書をFAXで送信頂きますようお願いいたします。

RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ ( IMP・ECD )	<input type="checkbox"/> DaT Scan
	<input type="checkbox"/> 心筋MIBG	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 ( )
認知症セット	<input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA・脳血流シンチ		

その他、当院への連絡事項	
--------------	--

←項目(DaT Scan)が増えました。