

名古屋市立大学病院 心臓超音波検査 予約申込票

FAX : 052-858-7130 TEL : 052-858-7131
 お申し込み受付時間：平日 8:30~19:00 土曜日：8:30~12:30

令和 年 月 日

紹介元医療機関名
 所在地
 担当医
 電話番号
 FAX番号

予約日の日程調整は、名市大が
 患者さんで行う
 医療機関で行う
 いずれかに✓をお願いします

注意点

- ・当日は心臓超音波検査の前に心電図検査を行いますので、14時までにご来院ください。
 (状況により、お待ちいただく場合があります。)
- ・15歳未満のお子様についての申し込みはお受けできません。小児科の外来診察をご予約ください。
- ・検査結果は、検査実施後3日程度で紹介元医療機関へ郵送いたします。

<p>1. 傷病名：</p> <p>2. 検査目的：</p> <p>循環器内科あての紹介状を患者さんにお渡しいただき、検査当日に持参するようお伝えください。</p>	
検査希望日	第1希望：令和 年 月 日 () 14時30分 第2希望：令和 年 月 日 () 14時30分
患者さん	氏名等 フリガナ () 貴院のID () 氏名： 様 (旧姓：) 性別 男・女
	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
	電話 (日中に必ず連絡がつく番号を記入してください) 自宅 - - 携帯 - -
	住所 〒 -
	外国籍の方 日本の公的医療保険： <input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入の方は医療ツーリズムを通してご受診ください 日本語： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり (ID No.) <input type="checkbox"/> なし	

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

ID No. ()	予約登録	予約票送付	紹介患者登録・アクセス権	
------------	------	-------	--------------	--