

## 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。

1. 傷病名:

2. 検査目的:

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。

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	
------------	------	-------	--------------	--