

超音波検査 予約申込書

(心エコー)

令和 年 月 日

津和野共存病院 地域医療連携課 宛 (FAX 0856-72-4039)

貴院医療機関の名称:

電話番号

FAX

先生のお名前

先生

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
現住所	〒(-)		
連絡先			

主保険	保険番号						記号・番号						1. 本人 2. 家族	
併用保険	負担者番号						受給者番号						給付割合	<input type="checkbox"/> 併用なし
1												0割・1割・2割・3割		
2												()		

心エコー検査希望日			
①	月	日 ()	午後 (14時・15時・16時)
②	月	日 ()	午後 (14時・15時・16時)
③	月	日 ()	午後 (14時・15時・16時)

*過去データ貸し出し

持参品	心エコー所見 / 心電図 / 胸写
-----	-------------------

BNP値	pg/ml
------	-------

※検査は午後になります。検査所要時間は約30~40分程度です。

※予約日の変更等、予約調整が必要となる場合はこちらからお電話させていただきます。

※本書をFAXされる前に右記へご連絡ください。 連携課直通 (0856) 72-4033