

# ヴォーリス記念病院(診察・検査)予約申込書(FAX 送信票)

## FAX0748-36-5412

年 月 日

公益財団法人 近江兄弟社  
 ヴォーリス記念病院 地域療養支援部  
 近江八幡市円山町 927-1  
 お問い合わせ先: Tel 0748-36-5451  
 (受付時間 月～土 8:30～17:00 まで)

紹介医療機関名	
医師名	⑩
所在地	
Tel :	Fax :

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
住 所	Tel		

保険者番号:	被保険者氏名	公費負担者番号	
記号・番号:		公費受給者番号	
資格取得年月日	年 月 日	本人・家族	資格取得年月日
当院受診歴	無 ・ 不明 : 有 ID	負担割合	割

症状・病名 \*結核等の感染症やその他感染症の疑いがある場合は、その旨を必ずご記入下さい

●受診・検査当日は必ず紹介状をご持参いただきますようお願い致します。

**1. 診療予約** : ご希望の診療科 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 医師

**2. 検査予約** : ご希望の検査項目 (□にチェックして下さい)

**CT (単・造)**

・検査する部位 \_\_\_\_\_

・造影希望の場合

造影剤アレルギー歴 ( あり・なし )

腎障害 ( あり・なし )

**MRI (単)**

・検査する部位 \_\_\_\_\_

**上部消化管内視鏡**

・感染症: あり・なし (検査実施日: 年 月 日) HBS ( ) HCV ( ) TPHA ( ) 他 \_\_\_\_\_

・薬剤服用: 抗凝固剤 (あり・なし) あり \_\_\_\_\_ 糖尿薬ビグアナイド系 (あり・なし)

**脳波検査**

**骨塩定量検査(DEXA法)** 身長( \_\_\_\_\_ cm ) ・ 体重( \_\_\_\_\_ kg )

予約希望日 第1希望 年 月 日 ( ) 第2希望 年 月 日 ( )

(ご希望の時間帯があればご記載ください \_\_\_\_\_)