

X線撮影(胸部単純・その他)

- ①検査実施日：月～土曜日
- ②検査会場：健康管理センター(神田町)
- ③検査予約票：生体検査予約票を受診者に持たせて下さい。

① 医院控え

生体検査予約票

予約年月日 年 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ	病医院名
受診者氏名	医師名
生年月日 T・S・H 年 月 日(才)	性別 男・女
ID No.	体重 (MRI受診者のみ) kg

予約された検査項目の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 乳房X線検査(FMR)
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管X線撮影	<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 脳波検査	<input type="checkbox"/> 下部消化管X線撮影(注腸検査)	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波
<input type="checkbox"/> 聴力検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	<input type="checkbox"/> 胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波
<input type="checkbox"/> 眼底検査	<input type="checkbox"/> その他()	

食事等の指示について□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 特に制限はありません。	<input type="checkbox"/> 起床後、絶飲食で検査を受けて下さい。
<input type="checkbox"/> 検査2時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食で検査を受けて下さい。 (軽い食事とはパンと水、実のないジュース類のことです。牛乳は避けて下さい。)	
<input type="checkbox"/> その他()	

検査を受ける場所の□にチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 健康管理センター(神田町) 〒475-8511 半田市神田町1-1 <input type="checkbox"/> 雁宿支所 〒475-0918 半田市雁宿町1-54-1 <input type="checkbox"/> 緑ヶ丘支所 〒475-0002 半田市緑ヶ丘3-2-1	

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター TEL(0569)27-7882・FAX(0569)27-7990 2×10×200

- ④前 処 置：特にありません。
- ⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、2日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、1週間ほどかかります。