

生体検査予約票

この用紙は受診者に検査の日時、検査の項目、食事等の指示、会場の案内図等をお知らせして、予約された検査が円滑に行なわれるようにするためのものです。

2枚複写の1枚目は検査を依頼された医院の控えとして残していただき、2枚目を受診者に渡していただきます。そして受診者には検査の当日、これを検査会場の受付に提出していただきます。

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 受診者氏名 | 病医院名 |
| 殿 | 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 ②