

超音波検査予約申し込み方法について



受付

1. 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室に TEL (072-854-1371) してください。
2. 希望の**検査内容**をお伝えください。例：腹部エコー
3. 予約**希望日時**をお伝えください。
4. 患者さまの**氏名、生年月日**をお伝えください。
5. 当院所定の『**超音波検査予約申込書**』を地域連携室に FAX(072-860-1730) してください。
6. 当院より『**予約通知書**』を折り返し FAX いたします。

～検査当日の受付方法～

2階の『**2 再診**』受付にお越しください。

- 予約通知書
- 超音波検査予約申込書
- 保険証
- 診察券（お持ちの方）

ご提出ください

- 検査終了後、患者さまはご帰宅いただきます。
 - 所見はでき次第郵送いたします(約2・3日程度)。
- ※所見をお急ぎの場合、次回の診察予定の都合がある等の場合はご一報ください。

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院
〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
TEL：072-853-1181(代表)
TEL：072-854-1371(地域連携室)
FAX：072-860-1730(地域連携室)

超音波検査予約申込書

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 宛

TEL : 072-854-1371(地連直通) FAX : 072-860-1730(地連直通)

貴 院 情 報	貴院名		医師名
	所在地		
	TEL		
	FAX		取次担当者名

患 者 情 報	フリガナ	男	生 年 月 日	
	氏名	女		年 月 日 (歳)
住 所 〒				当院受診歴
	電話番号			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

検査項目

- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心エコー | <input type="checkbox"/> 腹部エコー | |
| 各種血管エコー | | |
| <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー | <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー(DVT) | <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤エコー |
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー | | |
- 診断及び検査目的

予約希望日時 : 年 月 日 (曜日) 時 分

《超音波検査予約方法》

地連に TEL (072-854-1371) いただき、お名前・生年月日をお伝えください。
 検査のご希望等お伝えいただき予約日時を決定します。
 エコー検査予約申込書(この用紙)を地連に FAX(072-860-1730)してください。
 当院より予約通知書を FAX いたします。

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室

〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
 TEL : 072-853-1181(代表)
 TEL : 072-854-1371(地域連携室)
 FAX : 072-860-1730(地域連携室)