

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			
	氏名	女	年			
住 所 〒						当院受診歴
						電話番号
						□ なし
						□ 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

TEL 予約日時 : 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)