谷向病院　検査予約申込書

申込日：　　年　　月　　日

【紹介先】
谷向病院　地域医療連携室
〒663-8215　兵庫県西宮市今津水波町6-30
TEL：0798-34-1337（直通）
FAX：0798-33-1702（直通）

予約受付時間：　月～土　9：00～16：00

【御紹介元】
医療機関名

住所

TEL
FAX
医師名

フリガナ		性別	☐男　☐女
患者氏名		生年月日	☐大　☐昭　☐平　☐令 年　月　日（　才）
住所	〒 TEL：		

傷病名	
（基礎疾患）	☐糖尿病　☐心疾患　☐緑内障　☐喘息　☐高血圧　☐前立腺肥大　☐その他（　）
紹介目的	☐診療情報提供書の添付有

希望日	☐いつでも可　その他希望（　） ①　月　日　②　月　日　③　月　日　④　月　日

※内視鏡検査日は平日の月曜日・木曜日となります

☐検査申し込み

放射線	☐単純CT	☐頭部　☐腹部　☐胸部　☐その他（　）	
	☐造影CT	☐頭部　☐腹部　☐胸部　☐その他（　） ※造影CTの場合は3ヶ月以内の数値をご記入ください eGFR値：　ml/min/1.73㎡　採血日：　年　月　日	
	骨密度測定	☐希望する	
内視鏡	☐上部消化管（経口）	鎮静　☐要　☐不要	
	☐上部消化管（経鼻）		抗血栓薬服用
	☐下部消化管	鎮静　☐要　☐不要	☐無　☐有（　）
超音波	☐腹部　☐心臓（金曜PMのみ）☐頸動脈　☐乳腺　☐その他（　）		

※造影ＣＴ検査、上部内視鏡検査、下部内視鏡検査は事前に同意書と問診票のファックスをお願いいたします。
当院より予約票ファックス時に送信させていただきます（ホームページからもダウンロード可能です）
※原本は当日ご持参ください。