

谷向病院 検査予約申込書（呼吸機能検査）

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：		

診断名又は症状			
①主訴 ②既往歴及び家族歴 ③症状経過及び検査結果 ④治療経過 ⑤現在の処方			
身長	cm	体重	kg

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
-----	--

※スパイロ検査は（月）（金）11：30

（水）13：30・14：30 となります

☐ 検査申し込み

放射線	☐ 単純X-P	☐ 腹部	☐ 胸部	☐ その他（ ）
	☐ 単純CT	☐ 頭部	☐ 腹部	☐ 胸部 ☐ その他（ ）
生理機能	☐ スパイロメーター			

※造影C T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。