

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院

CPX 検査予約申込書 兼 検査指示書

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院

地域医療部 御中

医療機関名：

医師名：

印

TEL：

FAX：

【検査希望者】

フリガナ		男 女	生年月日	大正・昭和・平成
患者氏名				年 月 日 () 歳
住所	〒			
TEL				

【検査希望日】 ※毎週月曜日 ①13：30～, ②14：15～よりお選びください

第1希望日	年 月 日 () ① or ② ※いずれかに○してください
第2希望日	年 月 日 () ① or ② ※いずれかに○してください
予約手順	1) 尼崎だいもつ病院 地域医療部宛にこの「CPX 検査予約申込書 兼 検査指示書」、「診療情報提供書」を FAX 送信してください。 2) 検査日時決定後、「CPX 検査予約票」を FAX 返信致します。 3) 患者様に「CPX 検査予約票」と「CPX 検査同意書」について説明し、お渡してください。

【検査指示書】

傷病名
病歴
心エコー
冠動脈疾患
【ペースメーカー】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※ペースメーカー「有」の方は、ペースメーカー手帳を持参ください

【お問い合わせ】

社会医療法人愛仁会 尼崎だいもつ病院 地域医療部

〈受付時間〉 平日 8：30～16：00

〈TEL〉 06-6482-0115 〈FAX〉 06-6482-0212