**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　※いずれかに〇してください |
| 第2希望日 | 年　　　月　　　日（　　）　①　or　②　※いずれかに〇してください |
| 予約手順 | 1. 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 2. 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、お渡しください。 |

|  |
| --- |
| 傷病名 |
| 病歴 |
| 心エコー |
| 冠動脈疾患 |
| 【ペースメーカー】　□無　　□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 |

**【検査指示書】**

　　　　　　　　　【 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