

# 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<br>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  | <p>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。</p> <p>2) 検査日時決定後、「CPX 検査予約票」を FAX 返信致します。</p> <p>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。</p> |

### 【検査指示書】

|                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 傷病名                                                                                                       |
| 病歴                                                                                                        |
| 心エコー                                                                                                      |
| 冠動脈疾患                                                                                                     |
| <b>【ペースメーカー】</b> <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 8：30～17：00

〈TEL〉06-6482-0115 〈FAX〉06-6482-0212