

「超音波検査」のみのご紹介(診察なし)をご利用ください

紀南病院

平素は紀南病院の運営にご協力いただき、ありがとうございます。

このたび、「超音波検査」のみのご紹介(診察なし)の受付を、開始しました。CT, MRI運用と同じく、FAXで予約申し込みいただき、所見は後日、郵送させていただきます。所見記載は、当院臨床検査技師がさせていただきます。尚、部位は「頸動脈」「心臓」「腹部」に限らせていただきます。

＜予約方法＞

- 1、 同封した「紀南病院 超音波検査 予約申込書」と、「紀南病院 超音波検査 診療情報提供書」にご記入いただき、両方を、紀南病院・地域連携室宛にFAXしてください。
FAX 05979-3-1301 (連携室直通)
- 2、 当紀南病院で予約日時を決め、FAX でお返事しますので、患者さんにお渡し下さい。また、「紀南病院 超音波検査 診療情報提供書」は、お配りしている専用封筒「MRI/CT/骨密度・検査依頼用」に入れて、患者さんに持たせてください。
- 3、 検査所見は臨床検査技師が記載し、後日(3日程度)郵送します。

*当院ホームページから「紀南病院 超音波検査 予約申込書」と「紀南病院 超音波検査 診療情報提供書」がダウンロードできます。(部門紹介⇒地域連携室⇒初診用紙・検査予約用紙)

お問合せ先

紀南病院 地域連携室

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750

TEL 05979-2-1333 (代)

05979-2-0500 (直通)

FAX 05979-3-1301 (連携室)

2022年12月

紀南病院 超音波検査 予約申込書

申込日	年 月 日				
医療機関名					
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
患者氏名					
紀南病院にかかったことがありますか	※ ないまたは不明の場合				
	ある ない 不明	住所：			
		電話：			
検査希望日	第1希望	年 月 日	午前	午後	
	第2希望	年 月 日	午前	午後	
	第3希望	年 月 日	午前	午後	

申込先：紀南病院地域連携室 F A X：05979-3-1301へ
直通電話：05979-2-0500

紀南病院使用欄（結果送信欄）

様の検査日は

_____ 年 月 日 () 時 分 からになりましたので

お知らせいたします。食事は（ 朝食べない・昼食べない・食べてもよい ）です。

※ 検査当日の薬の服用については、紹介元の医師の指示に従ってください。

当日は、予約時間の15分前には外来総合受付へお越しく下さい。

予約日時に来院できなくなった場合は、お早めに紀南病院 地域連携室までご連絡下さい。

T E L：05979-2-0500(直通)または05979-2-1333(代表)

紀南病院 超音波検査 診療情報提供書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年	月	日
患者氏名						

* 紀南病院記載欄

* 紀南病院ID		* 検査日時	年	月	日
			午前 午後	時	分

検査項目

頸動脈

心臓

腹部

臨床診断

依頼元医療機関 (医師名)

検査目的・依頼内容等