

生理検査申込書

府中病院 地域医療連携室

TEL:0725-40-2147

FAX:0725-40-2148

施設名		電話番号	
医師		FAX番号	

●患者様情報

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住 所	〒 _____ 電話番号(_____) - _____		

・被保険者証

・第1公費負担医療受給者票

保険者番号	_____	負担者番号	_____
記号／番号	_____ / _____	受給者番号	_____ 割
資格取得日	_____	有効期間	_____ ~ _____
有効期間	_____ ~ _____	・第2公費負担医療受給者票	
被保険者との続柄	_____	負担者番号	_____
<諸法関係> 交通事故・その他 (_____)		受給者番号	_____
労災(公災)、医療保護(福祉事務所名 _____)		有効期間	_____ ~ _____

超音波検査	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 甲状腺 * 乳腺 (外科・消化器センター)
心電図検査	<input type="checkbox"/> 超音波ドップラー血流測定 【 脳動脈系 上肢動脈系 下肢動脈系 下肢静脈系 】 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ホルター心電図
脳波検査	<input type="checkbox"/> 脳波
重心動揺検査	<input type="checkbox"/> 重心動揺
聴力検査	<input type="checkbox"/> 簡易聴力 <input type="checkbox"/> 標準純音 <input type="checkbox"/> チンパノメトリー <input type="checkbox"/> 耳小骨反射
サーモグラフィー検査	<input type="checkbox"/> サーモグラフィー 【 上肢 下肢 その他 】

<備考>	ご希望日がございましたらご記入ください。
------	----------------------

注意事項：上記の * 印の検査は各診療科の診察でお申し込みください。

お申し込みは府中病院 地域医療連携室までFAX (0725-40-2148) をお願いいたします。