共同利用

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

検 査 予 約 票

ID番号: -

氏 名: 様

検 査 種: 心臓超音波検査

検査予定日: 年 月 日()

予約時間: 時 分

【注意事項】(よくお読みください。)

予約時間の20分前までに、この用紙と保険証を持って、1階新患受付に お越しください。

(当院の**診察券**をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。) 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

- 装置をあて、心臓の動きや大きさ・血液の流れ方などを見る検査です。
- 検査前の準備は特に何もありません。
- 食事は普通にとっていただいてかまいません。
- 検査の痛みはありません。
- 検査時間は20分ほどかかります。
- 状況により、多少お待ちいただくこともありますがご了承ください。

【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約3,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し早めに 地域医療連携室までご連絡ください。

済生会横浜市南部病院 地域医療連携室 TEL 045-832-8337(直通)

共同利用

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

検 査 予 約 票

ID番号: -

氏 名: 様

検査種:ホルター心電図検査

検査予定日: 年 月 日()

予約時間: 時 分

【注意事項】(よくお読みください。)

● 予約時間の20分前までに、この用紙と保険証を持って、1階新患受付に お越しください。

(当院の**診察券**をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。) 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

- 24時間心電図記録器を装着して、1日分の心電図を記録する検査です。
- 当日は筆記具をお持ちください。
- 記録器を装着している間は入浴・シャワーはできません。
- 食事は普通にとっていただいてかまいません。
- 検査の痛みはありません。
- 記録器の装着には20分ほどかかります。

【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約5,500円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し早めに 地域医療連携室までご連絡ください。

共同利用

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

検 査 予 約 票

ID番号: -

氏 名: 様

検 査 種: 頚動脈超音波検査

検査予定日: 年 月 日()

予 約 時 間: 時 分

【注意事項】(よくお読みください。)

● 予約時間の20分前までに、この用紙と保険証を持って、1階新患受付にお越しください。

(当院の**診察券**をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。) 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

- 装置をあて、頚動脈の血管壁の厚さや、血液の流れる速さを測定する 検査です。
- ◆検査当日は前開きの洋服か、首回りが広く開く洋服を着用ください。
- 検査当日はピアス、イヤリング、ネックレスは予め外していただくよう ご協力ください。
- 食事は普通にとっていただいてかまいません。
- 検査の痛みはありません。
- 検査時間は20分ほどかかります。
- 状況により、多少お待ちいただくこともありますがご了承ください。

【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約2,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し早めに地域医療 連携室までご連絡ください。

済生会横浜市南部病院 地域医療連携室 TEL 045-832-8337(直通)

この用紙をお持ちの方は、1階新患受付へお越しください。

検 査 予 約 票

ID番号: -

氏 名: 様

検 査 種: 下肢静脈超音波検査

検査予定日: 年 月 日()

予約時間: 時 分

【注意事項】(よくお読みください。)

● 予約時間の20分前までに、この用紙と保険証を持って、1階新患受付に お越しください。

(当院の**診察券**をすでにお持ちの方は、一緒にお持ちください。) 「診察申込書」をご記入の上、全ての書類を新患受付にご提出ください。

- 装置をあて、足の血管壁の様子や血液の流れを調べる検査です。
- 検査当日はワンピース、ボディースーツ及び、ガードルの着用はお控えください。ズボンを脱いでの検査になりますのでご了承ください。
- 食事は普通にとっていただいてかまいません。
- 検査の痛みはありません。
- 検査時間は30分ほどかかります。

【その他】

- ※ 会計でお支払いいただく費用は、3割負担の場合、約2,000円です。
- ※ 都合で検査日時に来院できない場合は、紹介元医療機関に相談し早めに地域医療 連携室までご連絡ください。

済生会横浜市南部病院 地域医療連携室 TEL 045-832-8337(直通)