

早石病院 CT・オープン型MRI検査予約依頼申込書

TEL

FAX

医師名

印

患者	ふりがな	生年月日 明・大 年 月 日 (歳) 昭・平		
	氏名	電話	男女	当院受診歴 無・有
	住所 〒	移動方法 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
疾病名				
検査依頼目的	※ご記入いただき紹介状の添付をお願いします。(紹介状原本は必ず当日お持ち下さい)			
種類	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI+MRA	□ 右 □ 左 検査部位	□ 単純 □ 造影 □ 単純+造影	※造影の場合 血清クレアチニン値 mg/dl
予約指定	<input type="checkbox"/> 希望は特になし <input type="checkbox"/> できるだけ早い日を希望		CD-R・検査報告書 <input type="checkbox"/> 紹介元へ郵送希望	
	<input type="checkbox"/> 日にち指定 第1希望 月 日 曜日 第2希望 月 日 曜日			

※当院の検査予約枠は、月～金曜日(祝日除く)の午前となります。

※検査結果(所見及びCD-R)は検査当日に患者様にお渡しさせて頂きます。

紹介元医療機関へ郵送を希望の場合は、『紹介元へ郵送希望』に□をお願いします。

※心臓ペースメーカーを留置されている患者様のMRI撮影は、当院では対応できません。

※疾病や検査内容により、お断りする場合もございますので、ご了承下さい。

※車イス・ストレッチャーでご来院の方は、必ずご家族のお付添をお願いします。

保 険 情 報	保険者番号 後期高齢 1割 3割	記号	番号
	公費負担番号	公費受給者番号	
	老人一部負担金免除 備考 有・無	被保険者名	続柄
連絡事項			

【お問い合わせ】

地域医療連絡室(月～土曜日 但し日・祝日を除く 9:00～17:00)

(FAXは24時間稼動 但し、時間外着信分は翌日対応)

電話(直通) 06-6771-2811

FAX(直通) 06-6771-2233

電話(代表) 06-6771-1227

予約依頼先 地域医療連絡室 直通FAX 06-6771-2233