

名取病院 検査依頼書 FAX用紙
FAX送信先:地域医療連携室 (06)6474-0155

(診療情報提供書兼用)

申し込み日 年 月 日

医療機関名

 医師名

 TEL

 FAX



名取病院

TEL 06-6474-0506
 医師名

医師

検査項目

MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (頭部 ・ 頸椎 ・ 腰椎 ・ その他) 検査禁忌項目の有無(心臓ペースメーカー ・ 人工内耳 ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 閉所恐怖症 ・ 体内金属物) 造影禁忌項目の有無(気管支喘息 ・ 腎機能障害 ・ その他)
CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (頭部 ・ 腹部 ・ その他) (ヨード造影剤問診) 造影検査の場合のみ記入ください。 検査禁忌項目の有無(ヨード造影剤過敏症 ・ 気管支喘息 ・ 腎機能障害 ・ その他) ※ビグアナイド系糖尿病薬を服用の方は乳酸アシドーシス予防の為、検査の前後2日間(計4日)の中止が必要です。
紹介内容・病状・既往歴	

検査希望日

- 第1希望 平成 年 月 日 (時 分)
- 第2希望 平成 年 月 日 (時 分)
- 特に希望する日はない
- 当日の移動手段(独歩 ・ 車イス ・ ストレッチャー ・ その他())

患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名		年 月 日	
住所			
	電話		
保険証	保険者番号	記号	番号
	本人 ・ 家族	本 ・ 家	有効期限
医療証 受給者証	公費負担番号	公費負担受給者番号	
	有効期限	一部負担助成	有 ・ 無

※折り返し、FAXにて「検査予約票」を返信させていただきます。
 受付時間: 《平日》午前8時45分～午後7時 《木曜》午前8時45分～午後5時15分
 《土用》午前8時45分～午後1時 《日曜・祝日》受付業務なし
 なお、FAXは24時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応になります。
 ※来院の際には、必ず保険証、各受給者証、検査予約票を持参の上、当院受付へお越し頂きますよう
 お伝え下さい。