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	☐ 単純　☐ 造影 （　頭部　・　頚椎　・　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	☐ 単純　☐ 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

1．第1希望　　令和　　年　　月　　日（　　時　　分）

2．第2希望　　令和　　年　　月　　日（　　時　　分）

3．特に希望する日はない

4．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。