

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 )
	<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

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		性別	生年月日	明・大・昭・平
氏名		男・女		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願い下さい。