

検査予約申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

FAX 025-757-5699

送信日 令和 年 月 日

医療機関名 _____

医師名 _____

希望検査日 年 月 日 曜日

撮影部位	MRI：頭部, 脊髄(頸・胸・腰) 四肢, 腹部, 骨盤腔			CT：頭部, 頸部, 胸部, 腹部, 骨盤腔, 脊椎, 四肢		
	四肢の部位 ()					
検査依頼科	内科・脳外科・整形外科・婦人科・耳鼻科・泌尿器科(希望科に○をつけて下さい。)					
受託検査曜日	月～金	月～金		月～金	月～金の午後	月・水の午後
受託検査項目 検査に○を付けて下さい	CT	MRI	MRCP	RI 骨シンチ・Gaシンチ	呼吸機能	骨密度
	造影剤の使用 有・無		/	/	一般 (VC.FVC)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカー・CRT-Pあり <input type="checkbox"/> ICD・CRT-Dあり
	eGFR値()				体重 kg	身長 cm
	各検査の間診票、説明書・同意書に 必要事項をご記入ください。				体重 kg	体重 kg
① 主訴(診断名) ② 検査目的(部位詳細等)						
保険外	<input type="checkbox"/> 入院中の方 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 公務災害(左記の依頼は、 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。)					
フリガナ						性別
患者氏名						男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才					
現住所						
電話番号	() —					

※ 後日、予約案内票をFAXにて返送いたしますので、患者様へ御渡し下さい。
※ 来院の際は、検査受診担当科の外来窓口で、この用紙のコピーと予約票を添えてお申し付け下さい。
また **保険証** **お薬手帳** を忘れずにお持ち下さいますようお願いいたします。

R5.11月