

# 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

送 信 日 令和 年 月 日

FAX 025-757-5699

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（希望科がありましたら○を付けて下さい。）					
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
	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。			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
						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。