**検査予約申込書・情報提供書**

送 信 日 　　　年　　　月　　　日

医療機関名

医 師 名

TEL

FAX

県立十日町病院　患者サポートセンター行

FAX ０２５－７５７－５６９９

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（婦人科） | 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.火.水.金の午後 |
| 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eGFR値（ 　　　 ） |  |  | 一般 （VC.FVC) | □　なし□　ﾍﾟｰｽﾒｰｶ・CRT-Pあり□　ICD･CRT-Dあり |
| 体重 | ㎏ | 身長㎝ | 身長㎝ |
| 各検査の問診票、説明書・同意書に必要事項をご記入ください。 |
|  | 体重 | 　㎏ | 体重 | 　　㎏ |
| 1. 主訴(診断名) ② 検査目的（部位詳細等）
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 保 険 外 | □入院中の方 □ 労働災害 □公務災害 （左記の依頼は、□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、「検査のご案内」をＦＡＸにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

**【****十日町病院に来院される患者様へお願い】**

予約時間に遅れないようご来院願います。

**マイナンバーカード又は保険証 お薬手帳**を忘れずにお持ち下さい。

R7.4

**受付後、検査担当科の外来窓口にこの用紙と予約票**を添えて検査をお申し出ください。