

放射線科検査予約申込書

社会医療法人 三栄会
ツカザキ病院 放射線科 行
(FAX : 079-273-5866)

医療機関名：
医師名：
TEL：
FAX：
(こちらの番号に予約票をお送りします)

令和 年 月 日

ふりがな		男	当院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID番号：)
患者氏名		女		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 () 歳
検査内容	<input type="checkbox"/> MRI (単純) <input type="checkbox"/> MRCP (<input type="checkbox"/> 金属アレルギー <input type="checkbox"/> 胃十二指腸潰瘍)			
	<input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> DWIBS			
	<input type="checkbox"/> CT (単純) <input type="checkbox"/> デンタルCT (自費、検査のみ)			
	<input type="checkbox"/> MRI (造影) ※CT/MRI 造影剤使用問診票、造影剤説明と同意書、MRI検査問診同意書 <input type="checkbox"/> CT (造影) をご記入の上、予約申込書と合わせてFAXして下さい。			
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 (上腹部のみ) ※ツカザキ病院のみ			
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量 (<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 前腕骨) ※広畑病院のみ			
検査部位		検査目的		
患者に関する 留意事項等	<input type="checkbox"/> ペースメーカー等 ※MRI対応のペースメーカー等のチェックの為、手帳のFAXをお願いします。 <input type="checkbox"/> 透析患者 <input type="checkbox"/> その他 (
所見	<input type="checkbox"/> 至急 ※検査後、患者様に1時間程度お待ち頂き、DVDと一緒にお渡しします。 <input type="checkbox"/> 通常 ※DVDと一緒に郵送します。			
検査希望日	※ご希望の日時などございましたらご記入ください。 ※特にご希望日ない場合は、最短の予約日でおとりします。			
検査希望病院	<input type="checkbox"/> ツカザキ病院 • <input type="checkbox"/> 三栄会広畑病院 (月曜日～土曜日検査可能) (月曜日～金曜日検査可能)			

* 予約申込書、診療情報提供書をFAX頂き、受信後折り返し予約表のFAXを致します。

* 検査日、内容によってはご希望の病院では検査できないことがあります。

* MRI検査、造影検査の場合、放射線科医の判断で検査をお断りすることもあります
その際には医師よりご連絡いたしますので、ご了承下さい。

* FAXは24時間受け付けておりますが、日、祝日及び月～土曜日17時以降に送信頂いた場合のお返事は、翌診療日になりますのでご了承ください。

* その他何かご不明な点等ございましたら、下記にお問い合わせくださいますようお願いいたします。

ツカザキ病院 放射線科直通
079-272-8569