

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	☐ 有 (ID番号 :)
患者氏名			女		☐ なし ☐ 不明
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 () 歳			
検査内容	☐ MRI (単純) ☐ MRCP (☐ 金属アレルギー ☐ 胃十二指腸潰瘍) ☐ VSRAD ☐ DWIBS ☐ CT (単純) ☐ デンタルCT (自費、検査のみ)				
	☐ MRI (造影) ※ツカザキ病院のみ ☐ CT (造影) ※ツカザキ病院のみ ※CT/MRI 造影剤使用問診票、造影剤説明と同意書、MRI検査問診同意書をご記入の上、 予約申込書と合わせてFAXして下さい。				
	☐ 腹部超音波 (上腹部のみ) ※ツカザキ病院のみ				
	☐ 骨塩定量 (☐ 腰椎+大腿骨 ☐ 腰椎 ☐ 大腿骨 ☐ 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	☐ 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。 ☐ 透析患者 ☐ その他 (				
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。				
検査結果	個人情報のお取り扱いにつき、患者様にお持ち帰り頂くことを推奨しております。 患者様には検査後30分ほどお待ち頂きますがご都合により郵送をご希望の場合は、 こちらにチェックしてください。				☐ 郵送
検査希望病院	☐ ツカザキ病院 • ☐ 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