

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)

年 月 日

ふりがな		男		当院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID番号：) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
患者氏名		女							
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"/> CT (単純) <input type="checkbox"/> デンタルCT (自費、検査のみ) <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> DWIBS <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、 <input type="checkbox"/> CT (造影) 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。								
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 有 ※MRI対応のペースメーカーのチェックの為、手帳のFAXをお願いします。 <input type="checkbox"/> 透析患者 <input type="checkbox"/> その他 ()								
検査希望日		月	火	水	木	金	土	所見	<input type="checkbox"/> 至急 ※検査後、患者様には1時間程度お待ち頂くこととなりますがDVDと一緒にお渡しします。 <input type="checkbox"/> 通常 ※後日郵送にてお送りします。
	午前				X				
	午後								

(ご都合の良い日に○をご記入ください)

- * 予約申込書、診療情報提供書をFAX頂き、受信後折り返しご連絡いたしますのでご希望日などその他詳細をお伝えください。
- * 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、放射線科 (079-272-8569) にお問い合わせください。ますようお願いいたします。