

外来検査依頼票

増子記念病院 地域医療連携室 FAX (直通) 052-451-1347

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

※ご不明な点がございましたら、地域医療連携室までご連絡ください。万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

医療機関名	TEL _____ FAX _____				
フリガナ				大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
患者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	才
住所	〒 _____			連絡先	昼間 () -
					夜間 () -
検査希望日	①	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()		午前 ・ 午後	
	②	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()		午前 ・ 午後	
	③	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()		午前 ・ 午後	

※希望される検査項目へチェックをお願いします。

	部位	
MRI検査 (単純) (複数ある場合、 検査日を分けさせて いただきます)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部ルチン(T1・T2・水平断・MRA) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頭部ルチンMRA
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 頸部MRA
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部大血管
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部大血管 <input type="checkbox"/> 胆嚢、膵臓(MRCP) <input type="checkbox"/> MRCPのみ
		<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 骨盤部
	<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱	
		<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨
	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節
		<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手部・指部
	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿部 <input type="checkbox"/> 膝関節
<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 下腿部 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部・足指部		
<input type="checkbox"/> 下肢MRA		
返却方法	画像は当日CD-Rをお渡しします。読影結果は、後日郵送とさせていただきます。	

検査目的

予約確認表(貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の検査日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約(検査)日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 時 _____ 分 ~

※予約時間の30分前に受付窓口にお越しください。

※予約確認後、カルテ作成のため、診療情報提供書・保険証・公費医療証の写しをFAXしてください。

増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

FAXは24時間受付ておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。