

--以下の太枠内に必要事項を記載の上、FAXにてお申し込みください。確認後、すぐにご連絡致します。--

# 検査予約申込書

紹介元医療機関 担当者 ( )

医療機関名	電話 FAX 医師名	
(ふりがな) 患者名	性別 男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	電話番号	
保険者番号	本人・家族	公費負担者番号
記号・番号・枝番	1割・2割・3割	受給者番号
依頼項目	MR I	CT 脳波 骨密度
予約希望日	月 日	時ごろ
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢	
造影 あり なし	<b>MR I 腹部</b> の場合は造影剤くわしく (チェックしてください) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肝EOBプリモビスト <input type="checkbox"/> 胆管・膵臓 <input type="checkbox"/> MRCP (フェリセルツ) <input type="checkbox"/> 普通の造影剤 <input type="checkbox"/> オムニスキャン	

必要書類 ( MRI : ①検査依頼票、②問診表、造影剤ありの場合は③同意書  
 CT : ①照射録、造影剤ありの場合は②問診表と③同意書  
 脳波 : 検査依頼表 (年齢や疾患によっては追加情報を頂く可能性があります)  
 骨密度 : ありません )

※必要書類は、事前に医療福祉相談室にFAXをお願い致します。原本は患者さんへお渡しください。

※検査当日は、体調を伺う程度の診察後 → 各種検査 → お会計 となります。

検査結果は数日中にFAXや郵送にてお届けします。患者さんへの結果説明は、当院では行いません。

検査指示をくださる先生からご説明をお願い致します。

※検査当日は保険証と必要書類の原本を持って、30分前までに中央受付へお越しください。

予約日	年 月 日 時 分
-----	-----------

(問い合わせ) 前橋協立病院 地域連携相談センター  
 電話 027-265-3051 (直通)  
 FAX 027-265-5980 (直通)

前橋協立病院使用欄-----

前橋協立病院 I D	
------------	--