

診察・検査申込書

平成 年 月 日
(医) 関越中央病院 紹介元医療機関名
科 TEL
医師 FAX
医師名 先生

フリガナ 当院受診歴 (有・無)
患者氏名 様 (男・女) 当院ID
明・大
生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)
住所 TEL

※必要事項に○印をお願い致します。

●診察 (希望日時・希望医師があればお書き下さい)

●内視鏡 [胃カメラ ・ 大腸ファイバー] 感染症[有 ・ 無 ・ 未検]

●放射線 [CT ・ MRI] アレルギー[有 (喘息・その他) ・ 無]

部位 : [心臓・頭部・胸部・腹部・骨盤・頸椎・腰椎・その他 ()]

方法 : [単純・単純＋造影※] ※造影の場合以下の記入もお願い致します

造影剤の使用歴[有 ・ 無 ・ 不明] 造影アレルギー[有 ・ 無 ・ 不明]

腎機能障害[有 ・ 無 ・ 不明] BUN () クレアチニン ()

★検査結果取り扱い : 読影実施[有 ・ 無] 読影結果[郵送 ・ FAX]

写真コピー患者様持ち帰り [有 (フィルム・CD-R) ・ 無]

※心臓CTの場合、写真が出来上がるまでに時間を要する為、後日郵送とさせていただきます。

検査結果内容の関越中央病院での説明 : [希望する ・ 希望しない]

予約通知書

予約日 平成 年 月 日 () ID

診察科 科 医師 予約時間 時 分

検査 予約時間 時 分

備考 : 予約の 分前に受付を済ませてください。

(朝食・昼食) は食べずにお越しください。水分 (水・お茶) 摂取は可能です。

食事制限はありません。

※来院の際は、紹介状とこの予約通知書、健康保険証を添えて受付にお声掛けください。

(医) 関越中央病院 医療れんけい室 Tel 027-373-1056 Fax 027-372-2260