

診察・検査申込書

年 月 日

(医) 関越中央病院

紹介元医療機関名

科

TEL

FAX

医師

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

大・昭

生年月日 平・令 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 [ X-P ・ 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 ( )
- エコー 部位 ( ) ●[ 心電図 ・ 脳波 ]

★検査結果取り扱い：読影実施[ 有 ・ 無 ] 読影結果[ 郵送 ・ FAX ・ 患者様にお渡し ]

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。

※当院の読影日は月曜(夕方)・金曜(午前)・土曜(午前)となっております。(マンモグラフィーは金曜のみ) 尚、読影当日の検査であっても、お時間により読影が後日になることもございます。ご了承下さい。

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 ]

予約通知内容

予約日 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、紹介状と診察・検査申込書、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 患者支援センター Tel 027-373-1056 Fax 027-372-2260