

診察・検査申込書

年 月 日

関越中央病院

科

紹介医療機関名： TEL FAX 医師名

フリガナ	当院受診歴 (有・無)		
患者氏名	様 (男・女)	当院ID	
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住所		TEL	
保険者番号		本人	公費負担者番号
記号・番号		家族	受給者番号
			割合負担 1割・2割・3割

※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) _____

●内視鏡室 [胃カメラ ・ 大腸ファイバー] 感染症 [有 ・ 無]

●放射線 [X-P ・ CT ・ MRI]

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

造影アレルギー[有 ・ 無 ・ 不明]

腎機能障害[有 ・ 無 ・ 不明]※腎機能採血結果ご添付下さい。ない場合、当院にて検査します。

★検査結果取り扱い：読影結果[郵送 ・ FAX]

画像データ患者様持ち帰り [有 ・ 無]

※心臓CTの場合、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。

予約通知内容

ID

予約日 年 月 日

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) は食わ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、健康保険証をお持ち下さい。

(医) 関越中央病院 患者支援センター Tel 027-373-1056

Fax 027-372-2260