

中津川市民病院 CT・MRI予約申込書

申込年月日 年 月 日

Fax送付内容：本用紙 中津川市民病院 医療連携室 Fax:0573-62-4012 <small>↑お間違えないようにお願いいたします。</small>				
紹介元医療機関の名称		医師氏名		
電話番号	— —	Fax番号	— —	
(ふりがな) 患者様氏名	() 様 (男・女)	生年月日	(T・S・H・R) 年 月 日	
患者様住所		患者様電話番号	— —	
疑われる病名(症状) 又は検査目的 <small>(必ず記入してください)</small>	読影希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (禁忌事項)			
依頼検査項目 <small>該当項目の□にチェックを入れてください。</small>	<input type="checkbox"/> CT(単純検査)		<input type="checkbox"/> MRI(単純検査)	
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳 ・ <input type="checkbox"/> 副鼻腔 ・ <input type="checkbox"/> 中耳 ・ <input type="checkbox"/> 眼窩 <small>(その他:)</small>	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳 ・ <input type="checkbox"/> 脳+MRA ・ <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <small>(その他:)</small>
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 ・ <input type="checkbox"/> 甲状腺 ・ <input type="checkbox"/> 耳下腺	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 ・ <input type="checkbox"/> MRA ・ <input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔/肺野 ・ <input type="checkbox"/> 高解像度	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓 ・ <input type="checkbox"/> 胆嚢 ・ <input type="checkbox"/> すい臓 ・ <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膵胆管撮影(MRCP)
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓 ・ <input type="checkbox"/> 胆嚢 ・ <input type="checkbox"/> すい臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 ・ <input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮/卵巣 ・ <input type="checkbox"/> 前立腺 ・ <input type="checkbox"/> 膀胱
	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮/卵巣 ・ <input type="checkbox"/> 前立腺 ・ <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"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 関節	<input type="checkbox"/> 手関節 ・ <input type="checkbox"/> 肘関節 ・ <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <small>(その他)</small>
<input type="checkbox"/> 関節	<input type="checkbox"/> 手関節 ・ <input type="checkbox"/> 肘関節 ・ <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <small>(その他)</small>	<input type="checkbox"/> その他		
		MRI検査の場合 <input type="checkbox"/> ペースメーカー 無 チェック項目 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤のクリッピング 無 <input type="checkbox"/> 水頭症のためのシャント設置術 無		
検査希望日	第1希望 年 月 日 時 分頃 (検査時間は基本的に15:00頃です) 第2希望 年 月 日 時 分頃 (検査時間は基本的に15:00頃です)			
都合の悪い日	年 月 日 年 月 日			

①この部分のみ記入してFAXしてください。

※平日午前8時30分～午後6時00分までは30分以内に回答いたします。
 午後6時00分以降は翌日午前中、金曜日午後6時00分以降・土・日・休日は、休み明けの午前中に回答させていただきます。

----- (※ 以下の部分を切り離して患者様にお渡し下さい。) -----

返信 中津川市民病院CT・MRI検査予約票

↓紹介医療機関様は記入しないで下さい。

(ふりがな) 患者様氏名	() 様
検査名	<input type="checkbox"/> CT(単純検査) <input type="checkbox"/> MRI(単純検査)
検査予約日	年 月 日 時 分
1. 「連携病院からの紹介で中津川市民病院でCT・MRI検査をお受けになる方へ」の用紙をよく読んでください。 検査当日、中津川市民病院にお越しください。 1. 「紹介状受付」受付窓口②番までお越し下さい。 2. 「紹介状受付」受付窓口②番にて下記のものをご提示してください。その後、案内票をお渡しいたします。 ① 中津川市民病院CT・MRI検査予約票 ② 中津川市民病院 CT・MRI予約申込書 (この紙) (依頼施設からの封筒内) ③ 保険証 ④ 中津川市民病院の診察券(あれば)	
3. 検査当日ご不明な点がありましたら、職員に声をかけてください。	

②中津川市民病院記入用

※検査予約状況により、予約時間より多少遅れる場合がありますのでご承知下さい。
 ※予約の日時変更を希望される場合は、医療連携室(0573-62-4011)まで早めにお電話ください。