様式2

紹介元医療機関保管用/患者持参用

中津川市民病院 CT・MRI予約申込書

申込年月日　　年　　月　　日

①この部分のみ記入してFAXしてください。

Fax送付内容 ： 本用紙

中津川市民病院　医療連携室　　**Fax:0573-62-4012**

↑お間違えのないようにお願いいたします。

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　性別:	生年月日	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 (必ず記入してください)	読影希望　☐有　☐無 (禁忌事項)		

依頼検査項目(該当項目の□にチェックを入れてください。)	☐ CT（単純検査）		☐ MRI（単純検査）	
	☐ 頭部	☐ 脳　☐ 副鼻腔　☐ 中耳　☐ 眼窩 (その他:　　)	☐ 頭部	☐ 脳　☐ 脳＋MRA　☐ 内耳 ☐ 副鼻腔　(その他:　　)
	☐ 頸部	☐ 頸部　☐ 甲状腺　☐ 耳下腺	☐ 頸部	☐ 頸部　☐ MRA　☐ 甲状腺
	☐ 胸部	☐ 縦郭/肺野　☐ 高解像度	☐ 腹部	☐ 肝臓　☐ 胆嚢　☐ すい臓　☐ 腎臓 ☐ 膵胆管撮影（MRCP)
	☐ 腹部	☐ 肝臓　☐ 胆嚢　☐ すい臓 ☐ 脾臓　☐ 腎臓	☐ 骨盤部	☐ 子宮/卵巣　☐ 前立腺　☐ 膀胱
	☐ 骨盤部	☐ 子宮/卵巣　☐ 前立腺　☐ 膀胱	☐ 脊椎	☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎
	☐ 脊椎	☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎	☐ 関節	☐ 手関節　☐ 肘関節　☐ 足関節 ☐ 股関節　(その他　　)
	☐ 関節	☐ 手関節　☐ 肘関節　☐ 足関節 ☐ 股関節　(その他　　)	☐ その他	
			MRI検査の場合チェック項目	☐ ペースメーカー　無 ☐ 脳動脈瘤のためクリッピング無 ☐ 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

※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

②中津川市民病院記入用

↓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	☐ CT(単純検査)　　☐ 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いただいたら

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(この紙)
   ② 中津川市民病院 CT・MRI予約申込書(依頼施設からの封筒内)
   ③ 医療保険の資格が確認できるもの(マイナ保険証、資格確認書など)
   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。

※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。

総合病院中津川市民病院　　医療連携室