医療法人清仁会　シミズ病院　医事課　地域連携係行　　年　　月　　日

紹介患者様検査事前申込書

FAX　075－382－5180（24時間受信可）

受付時間：9時～16時30分（月～土）
（時間外は原則翌平日以降の返事となります）

紹介元医療機関

医療機関名
所在地
TEL
FAX
担当医

受診希望日

第一希望日　　月　　日（　　）

第二希望日　　月　　日（　　）

第三希望日　　月　　日（　　）

□特になし

※当日の検査予約については、お電話で
お問い合わせください。

検査依頼

□ CT　撮影部位（　　）

〈撮影方法〉　□ 単純　　□ 単純＋造影

〈結果報告〉　□ 所見とCD-Rを後日郵送

□ CD-Rのみ当日本人渡し。所見後日郵送

□ MRI　撮影部位（　　）

〈撮影方法〉　□ 単純　　□ 単純＋造影

〈結果報告〉　□ 所見とCD-Rを後日郵送

□ CD-Rのみ当日本人渡し。所見後日郵送

□ 超音波検査　検査部位（　　）

□ ABI（脈波）

※CT・MRI検査所見については、一週間程かかる場合があります。

※　造影検査の場合、
下記もご記入下さい。

①造影アレルギー
□ 無し　□ 有り
↓
アナフィラキシー歴　□ 無し　□ 有り

②喘息（過去歴含む）
□ 無し　□ 有り

③腎不全
□ 無し　□ 有り

④透析
□ 無し　□ 有り

⑤クレアチニン値　又は　eGFR値
（　　mg/dL）　（　　mL/min）
（　　年　　月　　日）

患者情報

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	大・昭・平・令　　年　　月　　日生
住所	〒　　TEL（　　）　　－		
当院受診歴	有（ID　　）・無・不明	患者様は（外来通院中／入院中）	

☆お問合せ先

シミズ病院　医事課　地域連携係　（月～土　9:00～16:30まで）

TEL：075-381-5161（代表）　FAX：075-382-5180（直通）