

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 地域医療連携室 (月~土 9:00~16:30まで)

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