

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) DEXA(骨密度検査)

〈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造影剤アレルギー

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)