

# 検査予約申込書・情報提供書

県立十日町病院 患者サポートセンター行

FAX 025-757-5699

送信日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

希望検査日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_曜日

希望箇所に○を付けて下さい	撮影部位	MRI：頭部 脊髄(頸・胸・腰) 四肢 腹部 骨盤腔(婦人科)			
		CT：頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤腔 脊椎 四肢			
		四肢の部位 ( _____ )			
	検査依頼科	内科 脳外科 整形外科 婦人科 耳鼻科 泌尿器科			
	受託検査曜日	月～金	月～金	月～金の午後	月.火.水.金の午後
	受託検査項目	CT	MRI	MRCP	呼吸機能
		造影剤の使用 有・無		一般 (VC.FVC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・なし</li> <li>・ペースメーカー・CRT-Pあり</li> <li>・ICD・CRT-Dあり</li> </ul>
		eGFR 値( _____ )			
		各検査の間診票、説明書・同意書に必要事項をご記入ください。		cm	cm
				kg	kg
① 主訴(診断名) ②検査目的(部位詳細等)					
保 険 外	<input type="checkbox"/> 入院中の方 <input type="checkbox"/> 労働災害 <input type="checkbox"/> 公務災害 (左記の依頼は、 <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします。)				
フリガナ				性 別	
患者氏名				男 ・ 女	
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 才	
現住所					
電話番号	( _____ )	—			

※後日、「検査のご案内」FAXにて返送いたしますので、患者様へお渡し下さい。

**【十日町病院に来院される患者様へお願い】**

予約時間に遅れないようご来院願います。

マイナンバーカード又は保険証 お薬手帳を忘れずにお持ち下さい。

受付後、検査担当科の外来窓口にこの用紙と予約票を添えて検査をお申し出ください。