

秀和総合病院 検査受診予約申込書

FAX番号 048-737-5522

依頼日 年 月 日

【紹介元医療機関】	【予約取得の連絡】 <input type="checkbox"/> 紹介元医療機関へ連絡 <input type="checkbox"/> 患者さんへ連絡 (TEL: - -)
【診療科・医師名】 ※フルネームでご記入ください	
科	
【申込担当者】 (内線)	
【TEL】 【FAX】	【医療機関へ連絡の場合】 当院から送付する予約票を患者さんへお渡しく下さい。 【当院から患者さんに連絡の場合】 貴院にも予約日をお知らせします。

ふりがな		性別	
患者氏名		男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)		
保険情報	保険者番号	記号・番号	本人
	有効期限	~	健康保険以外 自賠責・労災・自費
◆ 受診希望日時 ※ご予約時間の30分前にお越しくださいますようお願いいたします。			
① (月 日 :) ② (月 日 :) ③ (月 日 :) ④ 最短日			

◆ ご希望の項目の口に✓をお願いします。

種類	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	
単純造影	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純	
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	
	<input type="checkbox"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 頸椎 ()	
	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> 胸椎 ()	
	<input type="checkbox"/> 骨盤部 ()	<input type="checkbox"/> 腰椎 ()	
	<input type="checkbox"/> 上肢 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	
	<input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/> 乳腺 (右 左)	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> MRCP ()	
	※ 造影撮影については安全対策の観点より、 外来診察での紹介受診にて対応させていただきます。		<input type="checkbox"/> 肩 (右 左)
			<input type="checkbox"/> 肘 (右 左)
			<input type="checkbox"/> 手関節 (右 左)
			<input type="checkbox"/> 手 (右 左)
			<input type="checkbox"/> 股関節 (右 左)
<input type="checkbox"/> 膝関節 (右 左)			
	<input type="checkbox"/> 足関節 (右 左)		
	<input type="checkbox"/> 足 (右 左)		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
備考			

※診療情報提供書・同意書等は検査日の2営業日前までにFAXをお願いいたします。
 【お問い合わせ】 地域医療連携室 電話 048-737-5640 (平日9:00~16:30)
 FAX 048-737-5522 (土曜日9:00~12:00)