

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】		予約日決定後、貴院にご連絡いたします。 ※患者さんへの連絡については下記からお選びください。 ☐ 患者さんへも連絡希望 (患者さんの連絡先：) ☐ 患者さんへの連絡は不要
【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】	

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 続柄 家族
	有効期限	～			
◆ 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□に✓をお願いします。

CT検査 ☐ 単純CT検査 ☐ 造影CT検査 ※造影検査は平日のみ 平日 : 15:00 ~ 16:30 土曜日 : 13:00 ~ 14:00 日曜日 : 9:00 ~ 10:00	☐ 頭 部 ☐ 頸 部 ☐ 胸 部 ☐ 腹 部 ☐ 骨盤部 ☐ 上 肢 ☐ 下 肢 ☐ その他 ()
MRI検査 ☐ 単純MRI検査 ☐ 造影MRI検査 ※造影検査は平日のみ 平日 : 15:00 ~ 16:30 土曜日 : 13:00 ~ 14:00 日曜日 : 9:00 ~ 10:00	☐ 頭 部 (□ MRAも含め) ☐ 頸 椎 ☐ 胸 椎 ☐ 腰 椎 ☐ 乳 腺 ☐ 腹 部 ☐ MRCP ☐ 肩 (右・左) ☐ 肘 (右・左) ☐ 手 (右・左) ☐ 手関節 (右・左) ☐ 股関節 (右・左) ☐ 膝関節 (右・左) ☐ 足関節 (右・左) ☐ 足 (右・左) ☐ その他 ()
☐ 核医学検査 平日 : 9:00 ~ 12:00 土曜日 : 9:00 ~ 12:00	☐ 脳血流シンチグラフィ ☐ DaT Scan (ドパミントランスポーターシンチグラフィ) ☐ MIBG心筋シンチグラフィ ☐ 骨シンチグラフィ
☐ 生体検査 平日 : 15:00 ~ 16:00	☐ 超音波検査 (甲状腺・頸動脈・心臓・腹部) ☐ ホルター心電図 ☐ 骨塩定量 ☐ 脳波 ※脳波検査は波形のみで読影は実施していません。
☐ 上部内視鏡検査 平日 : 午前中のみ	
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)