

石切生喜病院 診察/検査 予約依頼書

科 _____ 医師 _____
 (医師をご指定の場合は、医師名をご記入下さい。)

希望日： ① 月 日 () ② 月 日 ()
 ③ いつでもよい

依頼項目： ・診察 ・MRI(単純) ・CT(単純)
 ・胃カメラ ・その他

紹介元医療機関の名称・所在地
 (注) 必ずご記入ください。

医療機関名：
 医師名：
 所在地：
 TEL: _____ FAX: _____

病名： _____ 診察/検査 目的： _____
 紹介状(診療情報提供書)も添えてご返信ください。

●患者基本情報 (当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID: _____)

フリガナ	生年月日
患者氏名 _____ 様男・女	年 月 日
住所 〒 _____	TEL _____

●保険情報 (保険情報は、ご記入いただくか、保険証等をFAXして下さい。)

被保険者証

保険者番号	保険者・事業所名		
記号・番号	資格取得日	被保険者との続柄	本人
被保険者氏名	負担割合	割	家族
有効期限			

公費受給者票

負担者番号	有効期限	負担割合	割	負担者番号	有効期限	負担割合	割
受給者番号	負担割合	割		受給者番号	負担割合	割	

★MRI安全確認 必ずチェックしてください

・ペースメーカー なし あり ・妊娠 なし あり ・閉所恐怖症 なし あり ・歩行移動 可能

・金属製の装具 なし あり

・体内金属の確認 なし あり⇒名称： _____ 部位： _____ MRI対応

●MRI検査部位

・頭部 ・頸部MRA ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・肝臓 ・両股関節 ・MRCP
 ・膝(右・左) ・肩(右・左) ・子宮/卵巣 ・その他(_____)

●CT検査部位

・ペースメーカー なし あり *ありの場合はペースメーカー手帳を検査当日にお持ちください
 ・妊娠 なし

・頭部 ・副鼻腔 ・眼窩 ・鼻骨 ・側頭骨 ・頸部 ・胸部(肺縦隔) ・上腹部 ・骨盤腔
 ・上腹部～骨盤腔 ・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・四肢(_____) ・その他(_____)

●胃カメラ

★安全確認 必ずチェックしてください。

感染症(直近3ヶ月)【 HBS HCV 梅毒 】 抗コリン剤使用【 可 ・ 不可 】

抗凝固剤服用【 あり ・ なし 】 薬剤名(_____)

抗凝固の継続 ・ 中止 (_____ 日前より) 検査目的【 _____ 】

生検【 可 ・ 不可 】 鎮静【 あり ・ なし 】 必ずご記入ください

※折り返し、予約票をFAX致します。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室
 直通TEL : 072-988-3284
 直通FAX : 072-988-3624

予約受付時間(祝日は除く)
 月～金 9:00～19:30
 土 9:00～12:00