【紹介元】

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

医師名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：

【紹介患者情報】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日 | | | | |
| 氏名 |  | 男・女 | T･S･H･R | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所 | 〒　　　― | | 電話 |  | | 五戸総合病院受診歴 | |
| 携帯 |  | | 有・無・不明 | |

【予約希望日】　※ご希望に添えない場合は、個別にご連絡いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予約希望日 | (※検査は平日の午後2：00～4：00まで、予約30分前までにお越し下さい。) | | | | | | |
| 第1希望 | 年 | 月 | 日 | （ ） | PM | 時 | 分頃 |
| 第2希望 | 年 | 月 | 日 | （ ） | PM | 時 | 分頃 |
| 第3希望 | 年 | 月 | 日 | （ ） | PM | 時 | 分頃 |

【検査内容】　※貴院書式で別に詳細な紹介状がある場合FAXに添付お願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査目的・診療情報等 | 感染症［有・無・未］ | Tbc･Hbs抗原･HCV･HIV･MRSA･その他(　　　　　) | |
|  | | | |
|
| 検査種類 | **CT**　　□単純　　□造影 | **MRI**　　□単純　　□造影 | **骨塩定量検査** |
| 部位 |  |  | □腰椎  □左大腿骨  □右大腿骨 |
|

【注意事項】

◎予約可能な検査時間

　平日の午後２時から午後４時まで

◎FAX予約受付時間

　平日の午前８時２５分から午後４時３０分まで

※FAXの受信は常にいたしますが、受付時間外の

予約業務は翌診療日になります。

検査説明及び問診を行った上で、この「検査申込書」と「検査依頼書」を併せてFAXでお送りください。折り返し(３０分以内)にて予約確定のFAXを致しますので患者様にお渡し下さい。

※□欄の部位に☑を入れ、(　)内には○をしてください。記載漏れがないようお願いします。

※MRI検査は原則１検査１部位のみとさせていただきます。