

魚沼市立小出病院 CT・MRI・骨密度・肺機能検査予約申込書 (FAX送信票)

(送付日) 令和 年 月 日

(送信先) 小出病院地域医療連携室 **FAX (連携室直通) 025-793-7069 (AM9~PM4)**

TEL (代表) 025-792-2111 TEL (連携室直通) 025-793-7068

(送信元) 所在地: .....

医療機関名:

医師氏名:

TEL: ..... FAX: .....

**(患者情報)**

フリガナ		受診歴: あり・なし
患者氏名		小出病院 ID:
生年月日/性別 身体計測	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳) / 男・女 身長: cm、体重: kg	
住所	〒	TEL

希望検査	<input type="checkbox"/> CT	「CT・MRI 検査依頼兼指示書」が必要です。 (読影センターによる読影結果は概ね1週間程度かかります) ※ <u>造影検査は9:30以降 (午前のみ) です。</u>
	<input type="checkbox"/> MRI	
	<input type="checkbox"/> 骨密度 (午後も可能)	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎+右大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+左大腿骨
	<input type="checkbox"/> 肺機能 (VC+FVC) (午後も可能)	
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ( 曜日) 時ころ
	第2希望	令和 年 月 日 ( 曜日) 時ころ
検査結果	<input type="checkbox"/> 検査データのみ希望 <input type="checkbox"/> 検査データ・読影結果希望 (骨密度・肺機能検査は検査データのみ)	

**<予約検査枠>** ※土日祝日、12/29~1/3は休診です。

○ 月曜~金曜9:00~11:00です。(なお、骨密度と肺機能は午前・午後可能です。)

**<検査予約申込書について>**

○ 本書をFAX (025-793-7069) にて送信ください。FAX受付時間は平日9:00~16:00

○ CT・MRI検査では『CT・MRI検査依頼兼指示書』を併せて送信ください。なお、『CT・MRI検査依頼兼指示書』の原本は、患者様より当院へご提出いただくようご案内ください。

○ 予約日時決定後、『CT・MRI・骨密度・肺機能検査予約連絡書』を送信いたします。検査当日、患者様をご持参くださるようお渡しく下さい。

○ FAX受付時間外や休診日に送信されますと翌診療日の返信となります。ご了承ください。

○ 検査データのみご希望されますと、検査当日患者様へお渡しします。

○ 検査データと読影結果をご希望されると郵送となり、概ね1週間程度かかります。