川島病院画像診断センター検査申込書

紹介元医療機関名:

担当医師名:

TEL（　　）　　－
FAX（　　）　　－

■検査希望日　　第一希望　　月　　日（　　）（午前 ・午後）
第二希望　　月　　日（　　）（午前 ・午後）

※予約状況により日時の変更をお願いする場合、お電話にて連絡させていただきます。

■紹介目的（簡単な症状、連絡事項等をご記入ください。）

■受診歴の有無（　　有　　・　　無　　）

■希望する検査

1．ＣＴ	頭部　胸部　腹部　冠動脈　その他（　　）	
2．ＲＩ検査	骨シンチ　心筋シンチ　負荷心筋シンチ　その他（　　）	
3．ＭＲI検査	頭部　脊椎　その他（　　）	
4．ＰＷＶ		
5．ＦＭＤ(血管内皮機能）		
6．心エコー		

※冠動脈CT、造影CT、、MRI撮影をご希望の方は、腎機能(BUN、クレアチニン値)を測定されていましたらご記入下さい。

BUN　　mg/dl	クレアチニン　　mg/dl	eGFR　　ml/min

■患者様情報（保険証コピー添付可）

紹介患者	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	（Ｔ・Ｓ・Ｈ）　　年　　月　　日		
	性　別	男　・　女		
	住　所			
	電話番号	（　　）　　－		
主保険	保険番号			
	負担割合	0・1・2・3	区　分	本人　・　家族
	記　号		番　号	
	有効期限	平成　　年　　月　　日		
公　費	公費負担者番号			
	受給者番号			
	有効期限	平成　　年　　月　　日		

■FAX受付時間：月 ～ 金　9:00～12:00、13:00～17:00（土日祝・お盆・年末年始は除く）
受付時間中の受信分は原則15分以内に予約受付票をお送りします。
希望する検査の種類によっては、お返事が遅くなる場合がありますのでご了承ください。
※時間外・土日祝日は、翌日または休み明けのお返事となります。
※日中ご連絡の取れる電話番号を記入してください。（急な休診時のご連絡等のため）
■折り返し、予約受付票をFAXいたしますので、患者さんにお渡しくださいますようお願い致します。
受診当日は、予約受付票・保険証等・紹介状・診察券を受付窓口にお持ちください。

川島病院画像診断センター TEL(088) 631-2002　FAX (088) 631-1541