

F A X 検査予約依頼書

国際親善総合病院 地域医療連携室
 横浜市泉区西が岡1-28-1
 TEL 045-813-0221

紹介元医療機関

名称 _____
 医師名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 F A X _____

予約専用FAX

 **0120-459317**

患者情報

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	年	月 日
住所		電話番号	- -	
国際親善総合病院受診歴： 有 ・ 無			ID	

検査目的	<input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> () ほどのフォローアップ <input type="checkbox"/> その他 ()			
------	--	--	--	--

保険情報

※保険証・医療証の写しをFAXしていただければ記入は不要です。

保険者番号				
記号番号				
資格取得年月	年	月	日	
有効期限	年	月	日	
一部負担金の割合				
後期高齢者医療				
被保険者との続柄				
公費負担者番号			有効期限	年 月 日
公費負担医療の受給者番号			~	年 月 日

- ①予約が取れ次第「予約票」をFAXでお送りしますので、患者さんにお渡しください。
- ②検査当日、患者さんは直接予約票に書かれている受付にお越しいただくようご案内ください。
- ③新患の患者さんは保険情報に基づき予めカルテを作成いたしますが、確認のため必ず当日は**保険証をご持参くださるよう**ご案内ください。

検査項目の□に✓を付けてください。

1 <input type="checkbox"/> 上部消化器内視鏡検査	7 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 3.0T希望
2 <input type="checkbox"/> 下部消化器内視鏡検査	部位： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部
3 超音波検査： <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 脊髄 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎)
4 <input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 乳房 (<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 四肢()
5 <input type="checkbox"/> 栄養相談	<input type="checkbox"/> その他 ()
6 CT	造影： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 有
部位： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部	* <input type="checkbox"/> CD-ROM持帰り希望
<input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 冠動脈	CT・MRIの一任は、放射線科医が必要と判断した場合、造影剤を使用します。クリアチニン値・BUN値のデータを添付してください。
<input type="checkbox"/> その他 ()	
造影： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一任 <input type="checkbox"/> 有 * <input type="checkbox"/> CD-ROM持帰り希望	

下記の確認項目の□に✓を付けてください。

*感染症確認：(有・無) *MRI確認項目：体内金属(有・無) ペースメーカー(有・無)

検査希望日

第一希望日	第二希望日	第三希望日	その他希望日のご要望について
年 月 日	年 月 日	年 月 日	