

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) 平成 年 月 日

(送信先) 魚沼市立小出病院地域医療連携室 **FAX (直通) 025-793-7069**

TEL : (代表) 025-792-2111 (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		性別	男・女
患者氏名		旧姓	
		当院受診歴	あり・なし
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		
現住所	〒 _____ TEL _____		

希望検査	<input type="checkbox"/> CT	【造影検査は必ず記入】 eGFR 検査 あり・なし		
	<input type="checkbox"/> MRI	eGFR 値 () 測定 : 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 骨密度 (午後可能)	1) 腰椎	2) 腰椎+右大腿骨	3) 腰椎+左大腿骨
		身長 : _____ cm	体重 : _____ kg	
	<input type="checkbox"/> 肺機能 (VC+FVC) (午後可能)	身長 : _____ cm		
希望検査日	あり・なし	平成 年 月 日 ()		
希望時間	あり・なし	第1希望		第2希望
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後可能です。)
- 造影検査は 9:30以降 (午前のみ) です。

<検査予約申込書について>

- **FAX 受付時間 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』原本を患者様へお渡しください。
- 予約日時決定後、『CT・MRI・骨密度・肺機能検査予約連絡書』を送信しますので、患者様へお渡しください。
- FAX 受付時間外や休診日に FAX を送信されますと翌診療日の返信となりますので、ご了承ください。
- 検査データのみご希望の場合につきましては、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。