

本川越病院 検査委託申込書 (受付確認票)

貴院名		電話：FAX	TEL： FAX：
-----	--	--------	--------------

患者様情報	患者様氏名	様
	氏名フリガナ	
	性別	M ・ F
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	身長	c m (MRI撮影に必要な情報です)
	体重	Kg (MRI撮影に必要な情報です)
	患者様電話番号 (携帯電話希望)	
	患者様ADL	フリー ・ 車いす ・ ストレッチャー
	本川越病院 I D 番号 (お持ちであれば)	

検査情報	希望検査項目	CT MRI その他 ( )
	検査部位	
	当日希望	平日 年 月 日 時
	約希望)検査希望日 (第1希望日)	平日 年 月 日 時
	約希望)検査希望日 (第2希望日)	平日 年 月 日 時

遠隔読影	<p>CT・MRI 遠隔読影レポートを <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない          レポートお渡し方法 <input type="checkbox"/>封書 <input type="checkbox"/>FAX (番号： )</p> <p>・遠隔読影レポートは3営業日後に当院に来るのでその後郵送・FAXとなります          ・休日、祝祭日などを挟む場合は遅れる場合がございます          ・コンピューター断層診断料として4500円別途費用がかかります</p>
------	---

備考	
----	--

注意事項

- 1・検査時間30分前に来院をお願いいたします。  
(車にてお越しの方は、当院付近のタイムス駐車場に御停め下さい。)
- 2・検査日の変更 キャンセル等は、前日までに外来まで御連絡下さい。
- 3・当院より予約日変更をお願いする場合がありますので、患者様のご連絡先は必ずご記入下さい
- 4・検査・受診当日は、保険証・紹介状・検査委託申込書・事前調査票を受付に提出して下さい。

病院名：本川越病院	担当者：外来
TEL : 049-222-0533	FAX : 049-299-8822