

本川越病院 検査委託申込書 (受付確認票)

貴院名		電話	
-----	--	----	--

患者様情報	氏名	様
	フリガナ	
	性別	M ・ F
	生年月日	T・S・H・R 年 月 日
	身長	cm (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ID番号 (お持ちであれば)	

検査情報	希望検査項目 (ご希望の検査に○をして下さい)	CT検査 ・ MRI検査 ・ 骨密度検査 超音波検査 心臓・腹部※1・頸動脈・下肢静脈※2・下肢動脈 (※1膝・腎・胆・肝・脾に限る※2深部静脈血栓評価に限る)
		肺機能検査 ・ 血圧脈波検査 ・ 脳波検査
	検査部位	
	当日希望	平日 年 月 日 時
	(予約希望)検査希望日 (第1希望日)	平日 年 月 日 時
	(予約希望)検査希望日 (第2希望日)	平日 年 月 日 時

遠隔読影	CT・MRI 読影レポートを ・希望する ・希望しない レポートお渡し方法 ・郵送 ・FAX (番号: ) ・読影レポートは3営業日後に当院に届くのでその後郵送・FAXとなります ・休日、祝祭日などを挟む場合は遅れることがございます ・コンピューター断層診断料として4,500円別途費用がかかります
------	---

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、当院付近のタイムズ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。

(医) 刀圭会本川越病院 担当者：外来  
TEL：049-222-0533 FAX：049-299-8822