□医療機器共同利用

静岡県立総合病院　CT・MRI 検査申込書

検査予約日時	年　　月　　日(　　)　　:

ご紹介 医療機関名	
紹介医ご芳名	
住所	
連絡先 TEL	
緊急対応が必要な偶発所見が発見された場合は、貴院へ連絡させていただきます。 （貴院の診療時間内は、貴院の代表番号に御連絡いたします。）	
休診日等、診療時間外の緊急連絡先をご記載ください。	（TEL） －　　－
※ 上記、緊急連絡先に連絡がつかない場合は、当院で緊急対応いたします。	

患者情報

フリガナ 氏名			
生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日	性別	男・女
ご住所			
ご自宅電話番号			
携帯電話番号			
静岡県立総合病院 受　診　歴	あり・なし	おわかりになれば 診察券番号（８桁）	

検査依頼内容

単純 CT　・　造影 CT　・　単純 MRI　・　造影 MRI

重要確認事項 ＊必ずﾁｪｯｸを☑ご記入ください	□MRI 検査をご依頼でペースメーカー装着していない。 □緊急時には、紹介医の先生にご連絡する場合があります。 □緊急時には、患者様ご本人にご連絡する場合があります。 □緊急時に連絡がつかない場合は、当院で対応することもあります。
検査目的 既往歴・詳細	

1. 電話予約が完了しましたら、本票を FAX してください。
2. 当日は本票・紹介状・同意書・お薬手帳をご持参ください
3. （造影 CT・造影 MRI は）規定期間内の血液検査結果を当日ご持参ください。
4. 「検査説明書・同意書」に沿った患者様・ご家族様への説明をお願いいたします。

【CT・MRI 医療機器共同利用】　静岡県立総合病院　CT・MRI 受付
〈直通電話・専用 FAX〉054-247-6301
〈受付時間〉　月～金曜日　8:30～17:00（祝日・年末年始を除く）