

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) 1ヶ月以内の血液検査結果(腎機能 eGFR)のコピー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)