

放射線科検査予約のご案内

（個人様からの直接予約は不可です）

申込時

◎『放射線科検査予約申込書』をFAXしてください、連絡不要
（予約時は診療情報提供書は不要です）

地域医療連携室（072-821-7013）までFAXお願いします

予約確定

当院より貴院様へ15分以内に『予約票・検査書類』を返信致します。

↓

- ★貴院様にて患者様へ
- ・検査予約日時のお伝え
 - ・患者様へ検査のご説明及び問診票記入
 - ・同意書のご署名（患者様、説明医師押印）をお願い致します。

【検査書類】	MRI 単純	MRI 造影	CT 単純	CT 造影
MRI検査を受けられる方へ	○	○		
造影MRI検査を受けられる方へ		○		
MRI単純・造影検査問診票	○	○		
MRI検査の説明と同意書	○	○		
造影使用MRI検査の説明と同意書		○		
CT検査を受けられる方へ			○	○
造影CT検査を受けられる方へ				○
造影検査問診票				○
造影剤使用検査（CT・X線）の説明と同意書				○

患者様へお渡し下さい

予約票・検査書類・診療情報提供書をお渡し下さい。
必ず当日持参頂くことをお伝えください。
ご持参なき場合は当日検査実施不可になります。

本件のお問い合わせ『地域医療連携室』へご連絡お願い申し上げます。
★予約受付時間外（平日16：30以降 土曜12：00以降）は直接放射線科にて
予約手配対応をさせていただきます。
代表番号より【放射線科検査依頼】とお申し付け下さい。

《 小松病院 放射線科検査予約申込書 》

医療機関名		TEL	
		FAX	

フリガナ		性 別	男 ・ 女
患者氏名	(旧姓)	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
住 所	TEL		

希望日	いつでも可 ・ 午前 ・ 午後	送迎	☐ なし ☐ あり ※紹介元医療機関と当院の区間となります
		付添 車イス	☐ なし ☐ あり (人) ☐ なし ☐ あり
不可日			

	【 M R I 検 査 】 ☐ 単純 ☐ 造影	【 C T 検 査 】 ☐ 単純 ☐ 造影
頭部	☐ 脳＋MRA ☐ 脳＋内耳 ☐ 脳＋頭頸部MRA ☐ 下垂体	☐ 脳 ☐ 副鼻腔 ☐ 中耳 ☐ 上顎 ☐ 下顎
頸部	☐ 頸部	☐ 頸部 ☐ 耳下腺、顎下腺
胸部	☐ マンモグラフィ	☐ 肺野、縦隔 ☐ 大動脈
腹部	☐ 上腹部 ☐ MRCP	☐ 肝、胆、膵、腎 ☐ 肝～骨盤
骨盤	☐ 子宮、卵巣 ☐ 前立腺 ☐ 膀胱	
脊椎	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙骨、尾骨	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎～仙椎
上肢	☐ 左肩関節 ☐ 右肩関節 ☐ 左肘関節 ☐ 右肘関節 ☐ 左手 ☐ 右手 ☐ 左手関節 ☐ 右手関節	
下肢	☐ 左大腿 ☐ 右大腿 ☐ 左膝関節 ☐ 右膝関節 ☐ 左下腿 ☐ 右下腿 ☐ 左足 ☐ 右足 ☐ 左足関節 ☐ 右足関節	
腫瘍	☐ () 軟部腫瘍	☐ () 軟部腫瘍
その他	☐ ()	☐ ()

小松病院 地域医療連携室 TEL : 072-823-1521 (代) FAX : 072-821-7013