

FAX: 01654-3-3107



FAX送信票・名寄市立総合病院 検査 予約申込書

【送信先】

送信日 令和 年 月 日
名寄市立総合病院 患者総合支援センター 宛
 〒096-8511 北海道名寄市西7条南8丁目1番地
 TEL: 01654(3)3101(代表)
 FAX: 01654(3)3107(直通)



【紹介元医療機関】

医療機関名 :
 住所 :
 電話番号 :
 FAX番号 :
 医師氏名 :
 連絡担当者 :

【受診者】

フリガナ			性別
氏名	様	男 ・ 女	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	(歳)
住所			電話 ()
希望診療科	科	希望医師がいる場合 医師	
希望受診日時	平成	年 月 日	午後 時 分 (検査は14時以降になります)
紹介元現状	<input type="checkbox"/> 紹介元病院入院中		<input type="checkbox"/> 紹介元病院通院中
当院受診の有無	ある (昭和・平成 年頃) 入院・外来 【ID 】 ・ なし		
<input type="checkbox"/> CT検査(単純) 撮影部位及び希望範囲、コメント等ご記入ください。		<input type="checkbox"/> 頸部血管エコー * 時間については当院で指定させていただきますので ご了承ください。	
<input type="checkbox"/> MRI検査(単純)			
* 体内金属(ペースメーカー等)を使用している患者様の撮影は行えません。 但し、「条件付きMRI撮影可能ペースメーカー等」を使用している患者様は当院循環器内科 を受診後に撮影が可能な場合がありますので、下記【検査予約運用上のご注意】に準拠し 「診療予約申込書」にて申し込んで下さい。			
撮影部位、及び具体的な所見を記入してください			
撮影方法: <input type="checkbox"/> 当院ルーチン <input type="checkbox"/> 他()			

【検査予約運営上のご注意】

- ・検査日が確定したら、「検査予約受付表」を折り返しFAXいたします。返信がない場合はご連絡ください。
- ・造影剤を使用しての撮影や、読影をご希望の場合は、受診が必要となります。通常の受診予約をお願いいたします。
- ・撮影・検査時間は予約時間より多少前後する場合がございます。予めご了承ください。
- ・検査終了後、画像データを患者様ご自身に持参していただきます。
- ◆条件付きMRIペースメーカー等使用患者様のMRI検査について
- ・条件付きMRIペースメーカー等使用患者様は循環器内科を「受診」していただきますので、「検査予約申込書」ではなく「診療予約申込書」にて「受診予約」を行ってください。
- ・主治医は必ず使用中のペースメーカー等が「MRI 撮影対応」機種であることを確認してから、申し込んでください。(患者様は必ず各メーカーから送付された「条件付き MRI 撮影可能」等のカードを所持しております)
- ・MRI撮影可能なペースメーカー等でも、医師の診察結果およびペースメーカー等の作動状況によってはMRI撮影が行えない場合がありますので、ご了承ください。
- ・当院でMRI撮影が可能なメーカーは「Medtronic」「Boston」「BIOTRONIK」の3社のみです。