

FAX専用

必要事項をご記入の上、
「診療情報提供書」と
患者さんの
保険情報を添えて
送信してください。

静岡済生会総合病院 地域連携室行き

FAX:054-280-5050

※静岡済生会療育センター令和へご紹介いただく場合は、お申し込み方法が異なります。
詳しくは、55ページをご参照ください。



検査申込書

医療機関名／紹介医ご芳名／所在地・連絡先

フリガナ	性別	男・女
患者氏名	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
() 旧姓がありましたらご記入ください。		
〒	市・区	
電話連絡先	自宅	携帯
受診歴 (静岡済生会総合病院)	<input type="checkbox"/> あり (ID:)	<input type="checkbox"/> なし
身長・体重	身長 () cm	体重 () kg
受診希望日	第1希望: 月 日 (曜日)	第2希望: 月 日 (曜日)
M R I (複数部位同日不可)	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤 () 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) ・その他 () ※MRI検査希望の方は、事前にMRI非対応の体内金属がないことをご確認ください。	
C T (複数部位同日可) 月~木	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤 四肢 () ・その他 ()	
骨塩定量 火・木・金		
超音波	腹部・甲状腺・心臓・その他 ()	
R I 水・金	骨シンチ・脳血流シンチ・ダットスキャン・その他 ()	
特記事項 (ご都合の悪い日など)	現在患者さんが <input type="checkbox"/> 外来でお待ちです <input type="checkbox"/> ご帰宅	

- 申し込み時に「診療情報提供書」が間に合わない場合は、検査前日までに「診療情報提供書」をお送りください。
- 申し込み受付後、当院で予約日時を決定し、地域連携室より「検査予約日連絡票」をFAXで返信いたします。
- 検査時間は、検査状況等で大幅に遅れる場合がございます。(検査後の予定を入れずに来院される事をおすすめします。)
- 不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

地域連携室【直通】TEL:054-280-5040

申込書はHPからもダウンロードいただけます▶

