

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、48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

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

希望検査にチェックを入れてください

- 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、検査状況など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】 ☎054-280-5040

申込書はHPからも
ダウンロードいただけます

