

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。

医療機関名／紹介医ご芳名／所在地・連絡先

検査申込書

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	〒			
電話連絡先	自宅	携帯		
受診歴 (静岡済生会総合病院)	あり (ID :) 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)	
☐ MRI (複数部位同日不可)	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 四肢 () 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			ペースメーカー あり・なし
☐ CT (複数部位同日可) 月～木	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤 四肢 () その他 ()			ペースメーカー あり・なし
☐ 骨塩定量 火・木・金				
☐ 超音波	腹部 甲状腺 心臓 その他 ()			
☐ RI 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 外来でお待ちです 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

