**:**

**054-280-5050**

**FAX**

※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。

05

静岡済生会総合病院 地域連携室行き

**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。

**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  （　　　　　　　　　　　　）旧姓がありましたらご記入ください。 | | | 性　　別 | 男　　・　 女 |
| 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 | 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 ・ 頚部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 四肢（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 脊椎（ 頚椎 ・ 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 ・ 頚部 ・ 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 | 外来でお待ちです　　　　　　 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**