

**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

* 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**

**希望検査にチェックを入れてください**

**申込書はHP からもダウンロードいただけます**

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

**（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 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**

CT

**（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（ ）

**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

医療機関名／紹介医ご芳名／所在地・連絡先