検 査 申 込 票　B（造影剤あり）

市立室蘭総合病院
Muroran City General Hospital

令和　　年　　月　　日

地域連携室 行き

〒０５１－８５１２
室蘭市山手町３丁目８番１号
直通電話　0143-25-1121
ＦＡＸ　0143-25-2209

依頼元医療機関
名　称
所在地
Ｔ　Ｅ　Ｌ
Ｆ　Ａ　Ｘ
医師氏名

フリガナ		男	住　所	〒
氏　名	様	女		
生年月日	大・昭・平・令		電話番号	自宅　（　　）　－
	年　　月　　日（　　歳）			連絡先　（　　）　－

○患者様の保険情報について下記へご記入下さい。保険証等のコピーをＦＡＸしていただいても結構です。

主保険	保険者番号	記号	番号	枝番
1.本人　2.家族				

予約希望日時①	令和　　年　　月　　日（　　）	予約希望日時②	令和　　年　　月　　日（　　）

依頼する検査を○で囲んで下さい

Ｃ　　Ｔ	頭部・頸部・胸部・腹部・四肢 部位(　　)
	検査目的
※同意書を記入し一緒にFAXして下さい。	

Ｍ　Ｒ　Ｉ	頭部・頸部・胸部・腹部・四肢・ＭＲＣＰ その他部位(　　)
	検査目的
	撮影方法　※方向、シーケンスの指定がない場合は当院のルーチンで撮影させていただきます。
※同意書、MRI問診票を記入し一緒にFAXして下さい。	

造影剤過敏症　　無　・　有
腎機能異常　　無　・　有　（クレアチニン値：　　mg/dℓ）
身長　　ｃｍ・体重　　ｋｇ

○予約が完了しましたら、「検査予約票」をＦＡＸいたします。「検査予約票（受診者用）」を患者様にお渡し下さい。
　なお、ＦＡＸの返送が無い場合にはお手数ですが、ご連絡くださいますようお願いいたします。
○後日画像データと読影結果または検査コメントを郵送させていただきます。
※**受託検査料金**については、後日、当院医事課より貴院宛にご請求書を送付致します。

＊＊申込担当者名　　連絡先部署名　　ＴＥＬ内線等