

# — ダイレクト検査申込書 —

◆申込年月日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( )

◆申込医療機関 \_\_\_\_\_

◆診療科 \_\_\_\_\_ ◆申込医師名 \_\_\_\_\_

◆電話番号 \_\_\_\_\_ ◆FAX番号 \_\_\_\_\_

◆ご予約された検査項目等

※検査項目にチェックしてください。

※CT、MRIは撮影部位等を記入し、その他のRI検査は検査種類を記入してください。

※造影検査は3ヵ月以内のクレアチニン検査結果が基準値内の方で腎臓機能に問題のない方が検査可能です。

検査項目	撮影部位・検査の種類	確認事項
<input type="checkbox"/> CT【単純】		
<input type="checkbox"/> CT【造影】		
<input type="checkbox"/> MRI【単純】		ペースメーカー(有・無)
<input type="checkbox"/> MRI【造影】		ペースメーカー(有・無)
<input type="checkbox"/> MRI【VSRAD】		ペースメーカー(有・無)
<input type="checkbox"/> 骨シンチグラム		
<input type="checkbox"/> その他のRI検査 (核医学検査)		
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ		

◆検査予約日時 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

◆患者様情報

フリガナ

氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日 M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

深谷赤十字病院 地域医療連携課  
TEL：048-575-1511 (直通)  
FAX：048-575-1512