

予約受付時間 月～金 8:30～17:00 《当日受診のご予約は 11:00まで》

※ 緊急・入院要請は『各科緊急担当』に連絡をお願いいたします

医療連携課 FAX予約担当 行

FAX:0422-34-6550

お問い合わせ TEL:0422-32-3111 (内線:25120)

※該当の”□”に”✓”をお願いします。結果出力はDVD-Rになります。

診察予約		検査予約(CT・MRI・RI)	
受診科	科	※造影の場合は、『チェックリスト』も併せてご記入ください	
希望医師		<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	
紹介目的及び患者情報		検査内容	RI
			<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流(局所脳血流・認知症)
			<input type="checkbox"/> 心筋MIBG <input type="checkbox"/> Dat Scan <input type="checkbox"/> その他
			<input type="checkbox"/> 認知症解析 <input type="checkbox"/> eZIS <input type="checkbox"/> 3D-SSP
		撮影部位	
心臓植込みデバイス等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
		＜心臓植込みデバイス等のMRI検査を受ける方へ＞ ①『ペースメーカー(またはICD・ICM)手帳』 『条件付きMRI対応心臓デバイスカード』を必ず持参ください ②デバイス植え込み後6週間経過していること、MRIに対して、 その他の禁忌がないことをご確認ください ③心臓植込みデバイス等のMRI検査予約について(別紙参照) 撮影部位に該当する診療科の「診療予約」をお取りします ④受診順は別紙をご参照ください	

希望日時 (CT・MRIの撮影時間 14:00～16:00)	第1希望	月	日	曜日	時	ごろ
	第2希望	月	日	曜日	時	ごろ
外国籍の方	日本語の診察	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	言語			
日本語話せる方の付き添い		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※日本語診察不可の場合は、必ずご記載ください			

患者情報					
当院診察券番号			武蔵野赤十字病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	( 年 月 頃)
フリガナ					(旧姓)
患者氏名					
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦	年		月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 (満 才)※小児(中学生以下の場合)		才	カ月
現住所	〒 —		都道府県	市区町村	
	電話(自宅)	( )	電話(携帯)	( )	

発信元情報※ゴム印 可	
貴医療機関名	
担当医師名	
住所	
電話番号	
FAX番号	

- 予約受付手続き後「診察予約票」をFAXにて返信しますので、患者さんにお渡しください
- 受診日までに「紹介状」をご用意のうえ、患者さんにお渡しください
- 予約時間外、休診日(土日祝日・5/1・12/29～1/3)申込分は、翌日または休み明けに「診察予約票」を返信します
- 「診療予約FAX申込書」「CT・MRI検査造影剤用チェックリスト」は、当院ホームページからダウンロードできます