

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

お問い合わせ TEL:0422-32-3111 (内線:25120)

FAX:0422-34-6550

※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)

※造影の場合は、『チェックリスト』も併せてご記入ください

受診科

□ CT □ MRI □ 単純 □ 造影

希望医師

RI

紹介目的及び患者情報

□ 骨シンチ □ 脳血流(局所脳血流・認知症)

□ 心筋MIBG □ Dat Scan □ その他

□ 認知症解析 □ eZIS □ 3D-SSP

検査内容

撮影部位

心臓植込みデバイス等 □ 有 □ 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「診察予約」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

第1希望

月 日 曜日

時 ごろ

〔CT・MRIの撮影時間
14:00～16:00〕

第2希望

月 日 曜日

時 ごろ

外国籍の方

日本語の診察

□ 可 □ 不可

言語

日本語話せる方の付き添い

□ 有 □ 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

武藏野赤十字病院受診歴

□ 無 □ 有 (年 月 頃)

フリガナ

患者氏名

(旧姓)

生年月日

□ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 □ 西暦

年 月 日

性別 □ 男 □ 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