

◎ 予約～検査結果までの流れ【医療機関様より】

1. 医療機関様より「③-1放射線科検査予約申込書」をFAX送信お願いします。
FAX：072-821-7013（地域医療連携室直通）
予約受付時間：平日9時～16時30分 土曜9時～12時00分
2. 予約取得後、予約票をFAXさせていただきます。
検査内容によっては検査関連書類をFAXさせていただく場合がございます。
3. 検査日に『診察券・健康保険証・紹介状・お薬手帳』をご持参ください。
予約取得時に検査関連書類がFAX届いた場合は検査関連書類もご持参ください。

※検査時に診療情報提供書と検査関連書類の持参がない場合、または
必要事項に記入漏れがある場合は検査を受けられない可能性がございます。
ご了承下さい。

4. 検査終了後及び結果
検査終了後、患者さまにはそのままご帰宅して頂きます。
検査結果は後日こちらから紹介元医療機関様にお届け致します。
また送迎サービスも行っておりますので地域医療連携室へお問い合わせください。
TEL：072-823-1521（代表）

◎ 予約変更、キャンセルについて

1. 原則、医療機関様よりご連絡をお願い致します。
TEL：072-823-1521（代表）

医療法人協仁会 小松病院

放射線科検査予約申込書

T E L : 072-823-1521 (代表) F A X : 072-821-7013 (地域医療連携室直通)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日
氏名	旧姓 ()	男 女	大 昭 年 月 日 平 令 () 歳
住所	(〒)		
電話番号			
希望日	いつでも可・午前・午後	送 迎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (付添： 人)
不可日			送迎時、車イス ⇒ <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり
体内精密機器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※必ずチェックをお願いします。		

	【MRI検査】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	【CT検査】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
頭部	<input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 脳+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 脳+内耳 <input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> (上・下) 顎
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺、顎下腺
胸部	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 肺野、縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 肝、胆、膵、腎 <input type="checkbox"/> 肝～骨盤
骨盤	<input type="checkbox"/> 子宮、卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨、尾骨	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎～仙椎
上肢	<input type="checkbox"/> (左・右) 肩関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 肘関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 手 <input type="checkbox"/> (左・右) 手関節	
下肢	<input type="checkbox"/> (左・右) 大腿 <input type="checkbox"/> (左・右) 膝関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 下腿 <input type="checkbox"/> (左・右) 足 <input type="checkbox"/> (左・右) 足関節	
腫瘍	<input type="checkbox"/> () 軟部腫瘍	<input type="checkbox"/> () 軟部腫瘍
その他	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()