

# 検査申込書



茨城県立中央病院 地域医療連携室

申込日

年

月

日

FAX 0296-78-3589

検査名: \_\_\_\_\_

傷病名: \_\_\_\_\_

\*放射線検査申込時に必要事項をご記入ください

糖尿病 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (処方薬: 体内金属: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ペースメーカー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 喘息: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 アレルギー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )	【腎不全情報】 Cre: BUN: eGFR値: 【採血日】 年 月 日
---	---

医療機関名: 住所: TEL: FAX: 医師名: _____ 担当者: _____
--

\*申し込みの際は、申込書と診療情報提供書をFAXしてください。

## 【ご都合の悪い日】

<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 月 日
---

【患者情報】 当院受診歴  無  有 (ID: \_\_\_\_\_)

フリガナ	( 旧 姓 )	性 別
患者氏名	( )	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	歳
住 所	〒 -	
電話番号	携帯番号	

【受付時間】 平日 9:00 ~ 16:00

- \* 平日16時以降、休日に届いた場合は、翌診療稼働日の対応となります。
- \* お返事までにお時間をいただき場合がございます。お急ぎの際はお書き添えください。

## 【手続き方法】

- \* 申込用紙と診療情報提供書を下記FAXへ送信してください。
- \* 予約決定後、予約票をFAXにてお送りします。
- \* 検査状況により予約日調整までにお時間をいただくことがありますのでご了承ください。

## 【その他】

- \* ご都合にて予約変更・キャンセルの場合は、申込医療機関より地域医療連携室へ連絡をお願いします。(直接患者様からはお受けできません。)

## 【お問い合わせ先】

茨城県立中央病院 地域医療連携室

TEL: 0296-77-1121 (代表) 内線: 2703