

検査・PEG依頼書

社会医療法人盛和会
本田病院 地域医療連携室 宛
TEL：06-6939-6346
FAX：06-6939-6350

(紹介元医療機関)

住所

医療機関名称

医師名

TEL・FAX

・MRI ☐ 頭部 ☐ MRA ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 四肢 ()
☐ 脊椎 (☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾部)

*月・木(9時～17時)、火・水・金(9時～16時)、土(9時～11時)

・CT ☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 四肢 ()
☆造影 ☐ あり ☐ なし

*月～金(9時～16時30分)、土(9時～12時)

・エコー ☐ 心臓 ☐ 腹部 ☐ 下肢静脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 頸動脈 ☐ 甲状腺

*月～金(9時～16時30分)、土(9時～12時)

・乳腺エコー ☐ 乳腺 *乳腺外来にて対応(第1・3・5土曜日AM)

・内視鏡 ☐ 胃内視鏡 ☐ 大腸内視鏡 <内服薬がある場合は、情報提供お願いします>

*胃内視鏡：月・火・金(2・4週のみ)・土(AM)、大腸内視鏡：水(PM)

☐ 骨塩定量 ☐ マンモグラフィー *月～金(9時～16時30分)、土(9時～12時)

☐ PEG造設 *水(PM) ☐ PEG交換 *月・金(AM)

※画像データ ☐ CD-R ☐ フィルム

※検査希望日時

① 月 日 時 分

② 月 日 時 分

傷病名

検査目的

ふりがな / 性別		生年月日		年齢
患者氏名 男・女		年 月 日生		歳
住所(〒)				
TEL				
保険者番号		公費	負担者番号	
記号	記号		受給者番号	
有効期限 年 月 日		有効期限 年 月 日		

一部負担金割合【1割 2割 3割】 ※保険証をFAXして頂ければ、上記欄の記載は不要です。

※MRI予約時は、必ず「MRI問診票」を添付のうえFAX送付をお願い致します。

(問診票未受領、問診票記載内容不適合、問診確認医師欄サイン無しの場合、検査をお断りする可能性があります)

※予約がとれましたら予約票兼検査説明書をFAXにて送付させていただきます。

17時以降でもお急ぎの場合は、お電話(06-6939-6251)にて承らせて頂きます。