【派遣元医療機関用】

検 査 申 込 書

年　　月　　日

香取おみがわ医療センター　病院長　宛

医療機関名

住　所

医師名 　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療機器共同利用に伴う下記患者の検査を申し込みます。

１　患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ様（男・女） | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　　歳） |
| 住所 |  | 電話番号 |  |

２　検査内容

|  |  |
| --- | --- |
| 検査日時 | 年　　　月　　　日（　　　）午前・午後　　　時　　　分 |
| 検査項目 | １　ＣＴ　 　２　ＭＲＩ　 　３　Ｘ線撮影 |
| 検査部位 | ※ できるだけ細かく指示をお願いします。 |
| 検査目的 | １　ルーチン撮影２　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※ できるだけ細かく指示をお願いします。 |
| 撮影方法 |  |
| 検査結果 | １　ＣＤ　　２　フィルム |

※ 必要事項をご記入の上、診療情報提供書と併せて患者さんへお渡しください。

【患者さん用】

香取おみがわ医療センターで検査を受けられる方へ

患者氏名　　　　　　　　　　 　　（男・女）

生年月日　 　　　　年 　　月　　日( 　　歳)

１　検査内容

|  |  |
| --- | --- |
| 検査日時 | 　　　　　　年　 　月 　　日（　　 ）午前・午後　　　時　　　分※ 検査時間の30分前に香取おみがわ医療センターで受付を行ってください。 |
| 検査項目 | １　ＣＴ　 　２　ＭＲＩ　 　３　Ｘ線撮影 |

２　検査当日の流れ

(1) 受　　付　　総合受付で①診療情報提供書、②検査申込書、③保険証又はマイナンバーカード、④当医療センター診察券（お持ちの方）を提出してください。（検査時間の30分前まで）

※　ＭＲＩ検査を受けられる方は、検査注意事項を事前にご確認ください。

(2) 検　　査　　放射線科Ｄブロック受付で確認後、検査を受けます。

(3) 検査画像　　検査終了後、15分程度で患者さんにＣＤ又はフィルムで検査画像をお渡しします。

※　検査結果や検査後の方針についての説明は、依頼元医療機関から行います。

(4) 終　　了　　会計を香取おみがわ医療センターで行った後、ＣＤ又はフィルムをお持ちになりお帰りください。

３　予約変更、お問い合わせ

月曜日～金曜日（祝日及び年末年始を除く）午前８時30分～午後５時

香取おみがわ医療センター　放射線科

電話番号：0478－82－3161（内線1921）

※　予約変更を行った場合は、依頼元医療機関に診察日の確認をお願いします。

依頼元医療機関連絡先