

保険情報送信様式 (FAX用)

紹介元

貴院名 : ○○病院・クリニック
 医師名 :
 TEL :
 FAX :

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月 日 () 時 分	
診察	診療科 : 科	予約医師 :
CT	※必須 撮影部位 単純 ・ 造影	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。 eGFR > 又は (Cr: mg/dl) (検査日 :) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。
MR I		
マンモ グラフィ	相模原市検診以外 相模原市 検診	※レポート有ります。 相模原市 (受診券等) は使用できません。 ※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。
エコー	撮影部位 :	
その他		

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

病名 (主訴)	
予約目的	

瀏野辺総合病院に受診した事がありますか? (可能であれば、お願いします。)

受診歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 () 】 ・ いつごろの受診ですか? ()
-----	--

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様	女	年 月 日生 才
住所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

- ・ 予約当日
受付にはお時間に余裕を持って
ご来院 (正面玄関入ってすぐの受付へ) 下さい。
- ・ 持ち物
 - ・ 診療情報提供書
 - ・ 造影剤同意書 (造影検査の方のみ)
 - ・ 保険証 (医療受給者証)
 - ・ 診察券 (受診歴がある方のみ)

医療法人社団相和会
瀏野辺総合病院
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 TEL 042-754-3302
 直通 FAX 042-754-3323

2012.10.31 H P 用

①電話にて、予約枠を取得
 8:45~17:30 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 042-754-3302

②保険情報送信様式 (FAX用) の送信
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 FAX 042-754-3323

③当日、紹介状と必要書類 (同意書等) をご持参いただけますよう、患者様へお渡し下さい。

保険情報送信様式（FAX用）

紹介元

貴院名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要個所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月		日	()	時	分
診 察	診療科：	科	予約医師：			
C T	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。			
			eGFR >	又は(Cr:	mg/dl)	(検査日:
MR I			造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。			
マンモ グラフィ	相模原市検診以外		※レポート有ります。 相模原市（受診券等）は使用できません。			
	相模原市 検診		※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。			
エコー	撮影部位：					
その他						

病名（主訴）	
予約目的	

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

受 診 歴	無 ・ 有 : 診察券番号【	】・いつごろの受診ですか？（	）
-------	----------------	----------------	---

フリガナ		男 ・ 女	明 大 昭 平
患者氏名	様		年 月 日生 才
住 所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

・予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

・持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・ 保険証（医療受給者証）
- ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL 042-754-3302

直通 FAX 042-754-3323

CT検査を受けられる患者様の予約票

フリガナ		生年月日 明・大・昭・平
氏名	男・女 様	年 月 日
予約日	平成 年 月 日 ()	予約時間 午前・午後 時 分
持ち物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康保険証・各種受給者証 <input type="checkbox"/> 当院診察券 (※ある方のみ)	

◎ 検査を受けられる時の注意事項

	食べ物	飲み物	検査所要時間	その他
頭部単純 造影を使用しない場合 頭部造影	食事制限は ありません 検査の 3時間前まで	制限はありません お茶・お水は 積極的に お飲みください	10～20分程度	・検査着に着替えて頂く場合があります。 ・ヘアピン、ピアス、入れ歯、ネックレスや 補聴器などの人工物ははずして頂きます。
胸部単純 造影を使用しない場合 胸部造影 腹部検査	食事制限は ありません 検査の 3時間前まで	お茶・お水は可 お茶・お水は 積極的に お飲みください	原則として 10～20分程度	・検査着に着替えて頂きます。 ・ネックレス、湿布、エレキバン、カイロなどの 人工物ははずして頂きます。

※ 下記に当てはまる方は、事前に主治医先生へご相談下さい。

- ・ 造影検査を受けられる方で、糖尿病薬を使用している方
- ・ 妊娠中や疑いのある方、飲んでいる常備薬の相談等

※ ご予約のキャンセルは依頼元の医療機関へご連絡下さい。

※ 検査に関する質問等ありましたら、放射線科で受付けております。

※ 救急などにより、検査の開始時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

※ ペースメーカーの方はお申し出ください。

◎ CT検査は通常次の順序で行います。

◀ 注 意 事 項 ▶

①	検査20分前に受付	トイレに関しては指示に従って下さい。
②	CT更衣室で検査着へ着替え	トイレに関しては指示に従って下さい。
③	検 査	検査中は体を動かさないで下さい。 マイクが設置してありますので何か変化があった場合は声をかけて下さい。
④	検査終了	更衣室等に忘れ物がないようお帰りください。

澁野辺総合病院 医療連携室

〒252-0206 相模原市中央区澁野辺3-2-8

直通 TEL 042-754-3302 FAX 042-754-3323

(事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等)