

専用FAX番号：027-269-7286

FAX送信用

FAX用検査予約申込書<<MRI・CT・シンチグラム・骨密度(DXA法)>>

申込日：平成 年 月 日

紹介先：群馬県立心臓血管センター  
放射線科 骨密度(DXA法)  
 担当医師名 \_\_\_\_\_ 先生

紹介元医療機関名  
 所在地  
 電話番号  
 FAX番号  
 医師名

【検査希望日】 ：いつでも可 ：早めに

■第1希望： 月 日 ( ) ■第2希望： 月 日 ( ) ■第3希望： 月 日 ( )

※骨密度(DXA法)の予約は、火・木の14:00~15:00になります。

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI ■ 造影希望の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> シンチグラム： <input type="checkbox"/> 負荷心筋シンチ <input type="checkbox"/> 安静時心筋シンチ <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 骨密度(DXA法) 部位： <input type="checkbox"/> 腰椎+両大腿骨近位部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右大腿骨近位部 <input type="checkbox"/> 左大腿骨近位部 (※骨密度の検査結果は紙媒体です) ■ 検査結果媒体： <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	部 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 位 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他( )	CT・MRIの造影検査を行う方 ●腎臓機能の悪い方 クレアチニン( ) ●糖尿病の内服 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ●ビグアナイド系糖尿病薬の 服用中止説明について <input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 必要なし
傷病名 及び 紹介目的	下記の方には施行できません ・ヨード過敏症のある方 ・喘息のある方 ・妊娠中の方	

保険者番号	本人	公費負担者番号	割合負担
記号・番号	家族	受給者番号	1割/2割/3割
心臓血管センター受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※保険証のコピーでも可	
フリガナ		生年月日	性別
患者氏名	様	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女
住所	〒 _____		電話番号

※お申込み後、地域医療連携室から「予約通知書」を返送させていただきますので、患者さんにお渡しください。

【\*は心臓血管センター記入欄です】

\* ID: \_\_\_\_\_

* 検査予約日	年 月 日 ( 曜日)	時 分
* 診療科	<input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 整形外科	担当医師 _____ Dr

★ご予約当日は、健康保険証、紹介状、診察券(お持ちの方)をご来院の際にお持ちください。

受付窓口は、正面玄関入って奥の窓口⑥「紹介状をお持ちの方」になります。

★休 診 日：土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始(12月29日~1月3日)

★FAX受付時間：平日(月~金) 8時15分~17時

※受付時間外にお受けしたFAXのお返事は翌日または休診明けとなりますので、ご了承ください。

お問い合わせ先：群馬県立心臓血管センター 〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲3-12

担当：地域医療連携室 ☎ 027-269-7455 (内線：2040・2041)

地域医療連携室 専用FAX：027-269-7286

群馬県立心臓血管センター

検査申込書