

予約受付時間 月～金 8:30～17:00 《当日受診のご予約は 11:00まで》

※ 緊急・入院要請は『各科緊急担当』に連絡をお願いいたします

医療連携センター FAX予約担当 行
FAX:0422-34-6550

お問い合わせ TEL:0422-32-3111 (内線7520)

※該当の"□"に"✓"をお願いします

診察予約		CT・MRI検査予約 ※造影の場合は、『チェックリスト』も併せてご記入ください	
受診科	科	検査内容	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
希望医師		受診科	放射線科
紹介目的及び患者情報		結果出力	<input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> フィルム
		撮影部位	
		心臓植込みデバイス等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		<心臓植込みデバイス等のMRI検査を受ける方へ> ①『ペースメーカー(またはICD・ICM)手帳』 『条件付きMRI対応心臓デバイスカード』を必ず持参ください ②デバイス植え込み後6週間経過していること、MRIに対して、 その他の禁忌がないことをご確認ください ③心臓植込みデバイス等のMRI検査予約について(別紙参照) 撮影部位に該当する診療科の「診察予約」をお取りします ④受診順は別紙をご参照ください	

希望日時 (CT・MRIの撮影時間 14:00～16:00)	第1希望	月	日	曜日	時	ごろ
	第2希望	月	日	曜日	時	ごろ
外国籍の方	日本語の診察	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	言語		
日本語話せる方の付き添い		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	※日本語診察不可の場合は、必ずご記載ください		

患者情報

当院診察券番号	武蔵野赤十字病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(年 月 日)					
フリガナ									
患者氏名	(旧姓)								
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 西暦	年	月	日
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	年齢 (満 才)	※小児(中学生以下の場合)		才	カ月		
現住所	〒		都道府県	市区町村					
	電話(自宅)	()	電話(携帯)	()					

発信元情報 ※ゴム印 可

貴医療機関名	
担当医師名	
住所	
電話番号	
FAX番号	

- 予約受付手続き後「診察予約票」をFAXにて返信しますので、患者さんにお渡しください
- 受診日までに「紹介状」をご用意のうえ、患者さんにお渡しください
- 予約時間外、休診日(土日祝日・5/1・12/29～1/3)申込分は、翌日または休み明けに「診察予約票」を返信します
- 「診察予約FAX申込書」「CT・MRI検査造影剤用チェックリスト」は、当院ホームページからダウンロードできます