

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『各科緊急連絡』『むさしのホットライン』にご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

お問合せ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	
受診科	科	検査内容	□ CT □ MRI □単純 □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	□ DVD-R □ フィルム
		撮影部位	
		心臓植込みデバイス等	□ 有 □ 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	午前・午後	時	ごろ
	第2希望	月	日	曜日	午前・午後	時	ごろ
外国籍の方	日本語の診察 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可→日本語話せる方の付き添い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				言語		

患者情報 武蔵野赤十字病院 受診歴 無 有 (年 月頃) 当院診察券番号【 】

フリガナ	
患者氏名	(旧姓) 性別 男 女
生年月日	□明治 □大正 □西暦 年 月 日 (満 才) ※小児(中学生以下の場合) 才 ヶ月 □昭和 □平成
現住所	〒 都道府県 市区町村 電話(自宅) () 電話(携帯) ()

保険情報 (保険証等(写)をFAXいただければ記載不要です) ※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください

主保険	保険者番号								後期高齢者	市町村番号	3	9						
	記号				番号					受給者番号								
公費	負担者番号								有効期限	年	月	日	より	負担割合	割			
	受給者番号									年	月	日	迄	本人・家族				

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
 ※「診療予約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