

依頼検査申込書兼予約票(FAX 0467-51-1100)

年 月 日

紹介元医療機関名			
住所(登録医は不要)			
医師名	() 科	TEL	— —
		FAX	— —

※事前にカルテを作成するため、下欄へ漏れのないようにご記入ください

患者氏名(フリガナ) () 様			
生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生 (男・女) 茅ヶ崎市立病院ID			
〒 住所		TEL — —	

①放射線科予約	②内視鏡検査予約	③その他検査等
予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分	予約日時 年 月 日 時 分
<input type="checkbox"/> CT 部位() 単純・通常造影 ダイナミック造影 CTアンギオ造影 <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) 部位() <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> マンモグラフィー 部位(両側・左・右) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> CRE値 () 検査日: 年 月 日 (6ヶ月以内) ※CT・MRIの造影をされる場合は、必ず記入願います。紹介状にもご記入下さい。 コメント欄:	<input type="checkbox"/> GF 鎮静 あり・なし <input type="checkbox"/> CF 前処置薬 <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> 硫アト <input type="checkbox"/> グルカゴン <input type="checkbox"/> 使用なし コメント欄:	<input type="checkbox"/> 超音波検査(腹部) <input type="checkbox"/> 超音波検査(心臓) <input type="checkbox"/> 超音波検査(甲状腺) <input type="checkbox"/> 超音波検査(頸動脈) <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他() コメント欄:

紹介元医療機関様へ

予約日変更 可 不可(連絡要す)

※ 患者さんには、健康保険証(医療受給者証等)、診療情報提供書、説明書・同意書(対象の検査のみ)、この予約票、診療券を持参の上、紹介患者受付3番へお越しただくようご説明ください。

茅ヶ崎市立病院のご案内

◇住所 〒253-0042
 神奈川県茅ヶ崎市本村5丁目15-1
 電話番号 0467-52-1111(代)

◇受付時間 8時から11時まで

◇休診日 土曜日、日曜日、祝日、年末年始

◇交通 JR東海道線 茅ヶ崎駅(北口)下車 徒歩25分

JR相模線 北茅ヶ崎駅下車 徒歩10分

バス【JR茅ヶ崎駅】

- ・室田循環「市立病院」下車
- ・高山車庫行「市立病院」下車
- ・1番、2番乗り場よりご乗車いただき「神奈中営業所前」下車徒歩5分
- ・コミュニティバスもあります
- ・駐車場あり(有料となります)

患者支援センターのご案内

◇予約受付時間(日曜・祝日、年末年始休み)

平日 8時30分から19時まで

土曜日 9時から13時まで

電話番号0467-52-1947(直通)

