

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 ※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 | 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 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | 年 | 月 | 日 (満 才) | ※小児(中学生以下の場合) | | 才 ヶ月 |
| 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