

検査およびMR/CT 検査予約の依頼について

専用の「検査申込書」「MRI/CT 検査申込書」をご利用下さい

受付時間は、平日(月～金)9:00～16:00です。

時間外、土日・休日は、翌平日に返信いたします。

診察当日の予約は、お取りできませんのでご了承下さい。

市立海浜病院医事室 直通 FAX: 277-8217

貴院にて

「検査申込書」または、「MRI/CT 検査申込書」を記載し、

当院へ FAX 送信。



当院にて

依頼書をもとに予約を入れます。

「検査予約確認書」を貴院へ FAX いたします。

患者さんへお渡しください。

CT/MRI の場合は、「照射録」も FAX いたします。

必要事項を記入のうえ、患者様にお渡し下さい。

MRI 検査・上部内視鏡検査につきましては
検査の説明書もお送りいたします。

ご自宅で、事前にお読みいただけるようご案内
ください。

*2018年MRI機器更新より、MRI検査にも同意書が必要と
なりました。説明書と一緒にお送り致します



当 日

2番の窓口にて受付

当日の持ち物

「予約確認書」

「保険証」

「診察券」(海浜病院の診察券のある方)

※CT/MRI の場合は、必要事項を記入した「照射録」

MRI/CT検査申込書 Fax専用 *MR検査 CT検査専用の申込書です。撮影後の診断は、行いません。			
平成 年 月 日			
千葉市立海浜病院 医事室 FAX 043-277-8217(直通)		受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)	
患者情報			
プリガナ		医療機関名	
男・女 海浜病院受診歴 有・無		住所地	
生年月日 M・T・S・H 年 月 日		TEL	
住 所		FAX	
電話番号		医師名	
検査希望日	第1希望 月 日	※お送りする 画像出力枚数	<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム
第2希望 月 日			
診断名			
領域 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科			
MRI検査 ※撮影レポートなし ※被曝量のみ			
検査部位	頭部 <input type="checkbox"/> 口頭部(MRA) <input type="checkbox"/> 口頸部(MRA)	口頸部 <input type="checkbox"/> 口胸椎 <input type="checkbox"/> 口腰椎 <input type="checkbox"/> 口腰(右・左)	口上腹部 <input type="checkbox"/> 口上腹部(胆嚢・胆管) <input type="checkbox"/> 口下腹部 <input type="checkbox"/> 口その他()
※ベースメーカーなし / 脳動脈クリップなし ※ベースメーカー/脳動脈瘤クリップを入れている方は、検査できません。 ※撮め込み金属のある方は、状況により検査が出来ない場合がございます。ご了承下さい。			
OT検査 ※撮影レポートなし ※被曝量のみ			
検査部位	頭部 <input type="checkbox"/> 口胸部(肺・縫隔) <input type="checkbox"/> 口上腹部 <input type="checkbox"/> 口下腹部 <input type="checkbox"/> 口大動脈	口副鼻腔 <input type="checkbox"/> 口内道 <input type="checkbox"/> 口根高 <input type="checkbox"/> 口眼窓 <input type="checkbox"/> 口その他()	口上腹部 <input type="checkbox"/> 口下腹部(胆嚢・胆管) <input type="checkbox"/> 口その他()
※ベースメーカーに入れている方は、ベースメーカー手帳をお持ち下さい。 ※検査部位により撮影が出来ない場合がございます。ご了承下さい。			
問い合わせ先 千葉市立海浜病院医事室 043-277-8577(予約係) (月～金 9:00～16:00)			

検査申込書 Fax専用 *この検査予約依頼書では、検査後の診断は、行いません。			
平成 年 月 日			
千葉市立海浜病院 医事室 FAX 043-277-8217(直通)		受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)	
患者情報			
プリガナ		医療機関名	
男・女 海浜病院受診歴 有・無		住所地	
生年月日 M・T・S・H 年 月 日		TEL	
住 所		FAX	
電話番号		医師名	
検査希望日	第1希望 月 日	※ 月 日	※までに
第2希望 月 日			
診断名			
■ 内視鏡 (内科)月～木 10:30 (外科)金 9:00 *撮影レポートあり			
■ 乳癌検査 月・水・金 14:00 *撮影レポートあり			
■ 腹部検査 木 PM *撮影レポートあり			
■ マンモグラフィー 月・水・金 14:00 *撮影レポートあり *男性技師による撮影の場合もあります			
問い合わせ先 千葉市立海浜病院 医事室 043-277-8577(予約係) (月～金 9:00～16:00)			