

高砂西部病院

〒676-0812
兵庫県高砂市中筋1丁目10番41号
(代表) 079 (447) 0100
(FAX) 079 (447) 8430

CT・MRI・MMGについてのお問い合わせ

病診連携 直通 TEL 079 (458) 3388 FAX 079 (447) 0311

【検査依頼手順】

1. 病診連携まで連絡していただき予約を御願ひします。
その際にお手数ですが、患者様の待ち時間軽減のため検査予約依頼書を作成していただきFAXにて送付をお願いいたします。
2. 連絡を頂いたときは、その場で予約時間をお伝えいたしますので、患者様用検査予約表に記入して、患者様にお渡しください。
(患者様用検査予約表は、検査を受けるときに医事課に提出してください)
3. 検査当日は医事課を通していただき、当院担当医の診察後速やかに検査をさせていただきます。

所見の記載に2日間程度かかりますので、御考慮宜しくお願ひ致します。

検査結果の通知方法として、FAX・郵送・メール等の併用を御利用ください。指示していただければそのようにさせていただきますので、宜しくお願ひ致します。

4. 検査後に高砂西部病院での診察を希望される場合は、記載をお願ひ致します
5. フィルムコピー『無料』をお渡しいたしますので、貴院にて保管してください。
6. 送迎等の御希望がある際には、希望の旨をお願ひ致します。

検査予約依頼表

医院・診療所名

紹介医

(フリガナ)

患者様氏名

様 性別 (男 女)

生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 (歳)

住所

電話

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
本人 ・ 家族		一部負担金免除	有 ・ 無
検査依頼名	(単純 ・ 造影)		

1. 傷病名
2. 紹介目的 (検査後に診察を 希望する ・ 希望しない)
3. 既往歴及び家族歴
4. 症状経過及び検査結果
5. 現在の処方
6. 備考

《患者様用検査予約通知表》

患者様氏名

様

予約時間

年 月 日

午前・午後 時 分

検査項目

--

【注意事項】

- ・ 予約時間までに、来院していただきますようお願い致します
- ・ 来院時に受付へこの予約通知表と保険証を提出してください
- ・ 日時変更や来院できないときには、お早めに御連絡をお願いします
- ・ その他ご不明な点があれば、当院までお問い合わせしてください

高砂西部病院

兵庫県高砂市中筋1丁目10番41号

(代表) 079-447-0100

(FAX) 079-447-8430

病診連携 直通 (TEL) 079 (458) 3388