

検査予約票

医療法人社団 医敬会

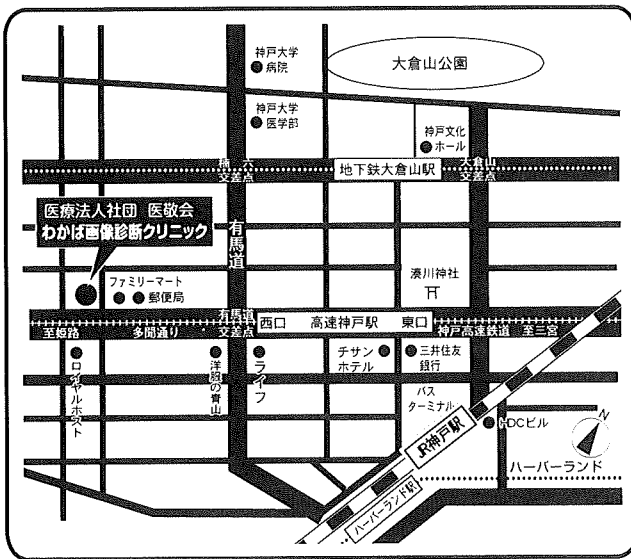
年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

★患者様へのお願い、ならびにご注意★

1. 予約時間の30分前にお越し下さい。
2. 健康保険証、お薬手帳をご持参下さい。
(生活保護受給中の方は医療券をご持参下さい。)
3. 造影検査の方は4時間前迄に軽くお食事をすませて下さい。
水分(水、お茶)は1時間前迄は摂取して頂けます。
腹部検査の方は4時間前から絶飲食になります。
4. 次の項目に該当される方は必ず主治医に申し出て下さい。
 - ・妊娠中又は妊娠の可能性のある方。
 - ・心臓ペースメーカーの埋め込みをされている方(手帳をご持参下さい)。
 - ・手術などで体内に金属が入っている方。
 - ・刺青、アートメイクをされている方。
5. インプラントをされている方、インプラントカードをお持ちの方はご持参下さい。
6. 以下の物を装着されている方は取り外して頂きます。
 - 入れ歯・補聴器・カラーコンタクト
 - シール薬・カイロ・ピアス・指輪
 - ネックレスなどのアクセサリ
 - ウイッグ・ヘアピン

紹介患者情報			
フリガナ			性別
患者氏名	様		男 女
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日(曜日)		
	午前・午後	時	分
[紹介目的]			
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> MRA検査	<input type="checkbox"/> CT検査	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化測定	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	
部位 ()			
種別	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	



交通のご案内

神戸高速鉄道・高速神戸駅西口No.4上がってすぐ
JR神戸駅・地下鉄海岸線ハーバーランド駅から西へ徒歩5分

当クリニックは駐車場はございません
お近くのコインパーキングを御利用下さい。

※エレベーター御利用の方は東側入口へおまわり下さい。

医療法人社団 医敬会
わかば画像診断クリニック

〒652-0035 神戸市兵庫区西多聞通2丁目1-20
TEL.078-945-7065
FAX.078-945-7066

診療情報提供書(紹介状)

医療法人社団 医 敬 会

年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報	
フリガナ	性別
患者氏名	様 男 女
[生年月日]	年 月 日生
[受診予定日]	年 月 日(曜日)
	午前・午後 時 分
[紹介目的]	
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> MRA検査 <input type="checkbox"/> CT検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化測定
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査
部位 ()	
種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	
[病名・主訴]	
[既往歴・家族歴]	
薬剤アレルギー：有 () ・ 無 ・ 不明	
[治療経過・病状経過]	
[添付資料]	
<input type="checkbox"/> 画像フィルム	<input type="checkbox"/> 検査結果 その他 () 返却の必要性 (有 ・ 無)
[所 見]	
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
[備 考]	

紹介元
医療機関名 _____

医師名 _____

TEL () - _____

FAX () - _____

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065

FAX : 078-945-7066

診療情報提供書 (紹介状)

医療法人社団 医 敬 会

わかば画像診断クリニック 行

年 月 日

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名	様	男 女	
[生年月日]	年 月 日生		
[受診予定日]	年 月 日 (曜日)		
	午前・午後 時 分		
[紹介目的]			
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> MRA検査	<input type="checkbox"/> CT検査	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化測定	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	
部位 ()			
種別	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純+造影	
[病名・主訴]			
[既往歴・家族歴]			
薬剤アレルギー：有 () ・ 無 ・ 不明			
[治療経過・病状経過]			
[添付資料]			
<input type="checkbox"/> 画像フィルム	<input type="checkbox"/> 検査結果	その他 ()	返却の必要性 (有 ・ 無)
[所 見]			
<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要		
[備 考]			

紹介元
医療機関名

医 師 名

TEL () -

FAX () -

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065
FAX : 078-945-7066

診療情報提供書（紹介状）

医療法人社団 医 敬 会

年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報		
フリガナ		性別
患者氏名	様	男 女
[生年月日]	年 月 日生	
[受診予定日]	年 月 日 (曜日)	
	午前・午後 時 分	
[紹介目的]		
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> MRA検査	<input type="checkbox"/> CT検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化測定
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査
部位 ()		
種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純十造影		
[病名・主訴]		
[既往歴・家族歴]		
薬剤アレルギー：有 () ・ 無 ・ 不明		
[治療経過・病状経過]		
[添付資料]		
<input type="checkbox"/> 画像フィルム	<input type="checkbox"/> 検査結果	その他 () 返却の必要性 (有 ・ 無)
[所 見]		
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
[備 考]		

紹介元
医療機関名

医 師 名

TEL () -

FAX () -

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065

FAX : 078-945-7066