

宛先 熊本市市民病院 予約センター 行

FAX:096-369-9397 TEL:096-365-1607

予約申込は前日までにお願いします(受付時間平日8:30~17:00)
 受診当日のご予約は、対応できない場合がありますので御了承ください

紹介患者予約申込票(診療・検査) 【貴院控】

申込日 年 月 日

基本情報	紹介元医療機関名		診療科名	
	電話番号		ご担当者名() 部署()	
	(フリガナ)患者氏名	(男・女)	生年月日	
	患者住所	〒		
診療情報	患者連絡先	電話	電話	
	診療希望日	月 日 曜日	月 日 曜日	
希望内容	紹介目的	主訴・臨床診断・検査目的等を簡単にご記入ください(紹介状は患者さんへお渡しください)		
	希望受診科	科 医師:		
	希望検査	CT	MRI(部位は1か所)	
	撮影部位	頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤部		
	造影検査	脊椎() 四肢() 乳房(右 左)	不要 要 一任	
	造影剤使用歴	[eGFR値] _____ mg/dl または [CRE] _____ mg/dl (検査日: 月 日)	有 副作用歴() 無	
患者の状態	腎障害 腎透析 糖尿病 不整脈 喘息 肝障害 アレルギー()			

心臓CT、心臓MRI、CTコロノグラフィー、核医学検査等については、下記の代表番号より放射線科にご連絡ください
096-365-1711(代表)

【MRI検査をお受けできない状態の方】

- ・心臓ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置を使用されている方
- ・仰臥位、安静困難な方、鎮静の必要な方、意識障害のある方

【MRI検査に対応できない場合がある状態の方】

ドレーン、人工骨頭、人工関節、プレート類、人工弁、動脈瘤クリップ、血管ステント、義肢、磁石式インプラント、
 義眼をご使用の方、刺青をされている方、妊娠中の方

熊本市民病院

紹介患者予約申込票(診療・検査)【患者控】

FAX予約受付後、予約センターから、患者さんへお電話し受診日を調整させていただきます。

予約確定後、下記、患者記入欄に予約内容をご記入の上、当日ご持参下さい。

予約状況によっては、担当医が変更になる場合がありますので予めご了承ください。

患者記入欄	
診療(来院)日時	月 日 (曜日) 時 分
予約診療科	科 医師:
予約検査内容	CT MRI
食事について	
薬について	

当日は、予約時間に1階 番総合受付にお越しください

予約時間は、受付時間です。診察開始時間ではございません

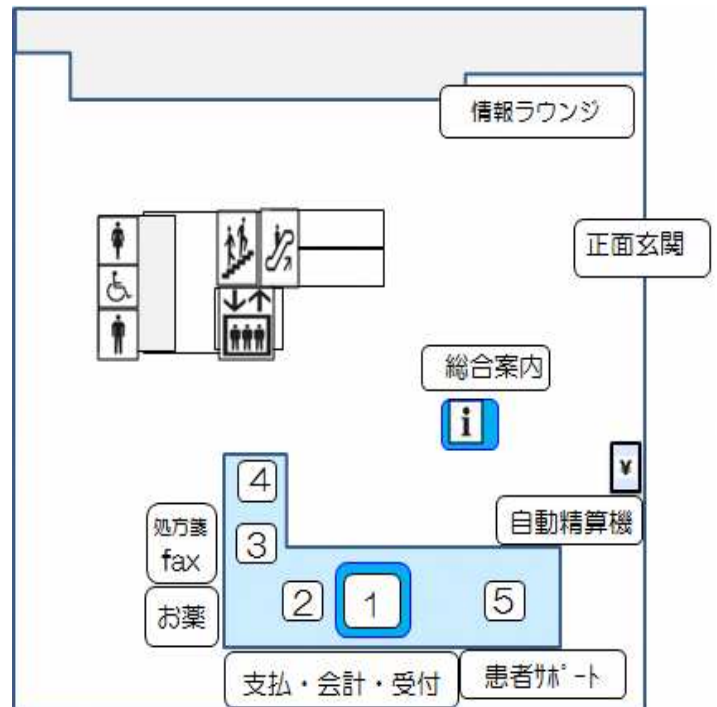
日時変更の場合は、下記のお問い合わせ先にご連絡ください

ご持参いただくもの

紹介状
保険証
当院の診察券
おくすり手帳
ペースメーカー手帳
予約申込票患者控え(当用紙)
~ はお持ちの方のみ

【お問い合わせ先】

熊本市民病院 予約センター
電話番号：096-365-1607
受付時間：8:30~17:00



1 総合受付 2 会計 3 支払