



紹介元控

診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

医療法人 仁寿会

石川病院行

紹介患者情報	
フリガナ	性別
患者氏名	男 女
[生年月日] 大・昭・平・令 年 月 日生()才	
[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"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> XP 検査 <input type="checkbox"/> その他	

紹介元

医療機関名

医師名

TEL () -

FAX () -

[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・症状経過]

[検査部位]

[種別] 単純 単純+造影 造影 ダイナミック造影[所見] 要 (普通・至急* 月 日まで) 不要 依頼書希望(冊)

患者に関する留意事項：

撮影者



診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

医療法人 仁寿会

石川病院行

紹介患者情報		
フリガナ		性別
患者氏名		男 女
[生年月日]大・昭・平・令	年 月 日生()才	
[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"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> XP 検査 <input type="checkbox"/> その他		

紹介元

医療機関名

医師名

TEL () -

FAX () -

[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・症状経過]

[検査部位]

[種別] 単純 単純+造影 造影 ダイナミック造影[所見] 要 (普通・至急* 月 日まで) 不要 依頼書希望(冊)

患者に関する留意事項：

撮影者

検査予約票

平成 年 月 日

医療法人 仁寿会
石川病院 行

紹介患者情報

フリガナ 性別

患者氏名 男

様 女

[生年月日] 明・大・昭・平 年 月 日生()才

[受診予定日] 年 月 日(曜日)

午前・午後 時 分

[紹介目的]

★患者様へのお願い、ならびに注意事項★

1. 当院医師による問診を受けて頂きますので検査予定時間の30分前に当院受け付けまでお越し下さい。(ご都合の悪い場合は、必ず当院までご連絡下さい。)
2. 当日は紹介状と健康保険証をご持参下さい。
3. 腹部検査の場合、検査予約時間の3時間前から食事をしないで下さい。

MRI 検査 CT 検査 X P 検査 | その他

次に該当する方は、必ず主治医に申し出て下さい。

CT検査・MRI検査共通

- 今までに手術を受けられたことのある方。
- 気管支喘息がある方。
- 現在妊娠中の方。
- 気分の悪い方。

CT検査

- 前立腺肥大・緑内障・重い心臓疾患のある方。
 - 腎機能障害のある方。
 - 造影検査を受けられて気分が悪くなったことのある方。
- 上記の方は造影検査ができない場合があります。

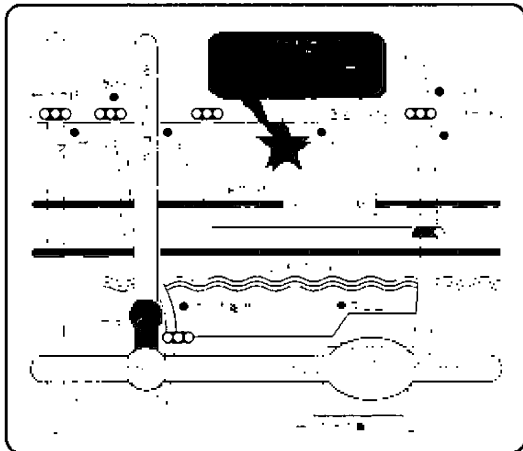
MRI検査

- 体内や体外に金属を装着している方(入れ歯等)。
- 補聴器やコンタクトをされている方は、はずせる準備又は眼鏡でお越しください。
- 当日はアイメイクを控えてお越しください(やけどの原因になる可能性がある為、落として頂く場合もあります)。

★ MRI検査注意事項

- ペースメーカーを使用している方、刺青(アートメイク)をされている方はMRI検査はできませんのでご了承ください。

検査を受けられる方は、検査担当者の指示をよく聞いて指示に従って下さい。その他、ご心配、ご不安な点がございましたら、検査前に主治医又は検査担当者、看護師へお知らせ下さい。



交通のご案内

バス(神奈川中央交通)より
徒歩10分

鶴岡方面より
高砂インター 徒歩10分
東神奈川インター 徒歩10分
山崎方面より 徒歩3分

神戸方面より
高砂北インターより 徒歩7分
播但連絡道路
花田インターより 徒歩7分

医療法人仁寿会 石川病院

姫路市別所町別所2丁目150
TEL 079-252-5235(代)
○予約専用 079-251-2350
FAX 079-252-2548