

聖隷浜松病院外来受診・検査申込書

(FAX 送信用：0120-107-362)

医療機関控え

聖隷浜松病院

永久登録番号(ID)

※太枠内の項目を記入してください。

予約日時	月 日 (曜日) 時 分	予約科	科 (医師) MRI・CT・内視鏡・他
	予約時間の () 分前に 1 受付にお越し下さい	性別	男性・女性
フリガナ氏名	(旧姓:)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳
住所	〒() マンション・アパート名まで記入してください。		
電話番号	() -	携帯電話	- - (本人・)
保険区分・他	健康保険・生活保護・交通事故・自費・学校管理下でのケガ 他施設入院中・労災(会社名)		
予約検査	※予約検査は、検査名・部位に○印をつけてください※CT 造影は紹介状にクレアチニンの値をご記入下さい		
	MRI・MRA (単純・造影・おまかせ)	頭部・眼窩・副鼻腔・頸部・脊椎(頸/胸/腰/仙尾)・腹部(肝/胆/膵/腎/MRCP) 乳房・子宮・骨盤・四肢(R/L)(手関節/肘/肩/足関節/膝/股関節)・その他()	
	CT (単純・造影・おまかせ)	頭部・眼窩・頸部・胸部・腹部・骨盤腔・腰椎・その他()	
	核医学	骨シンチ・その他()	
	内視鏡	胃カメラ(経口・経鼻)・大腸内視鏡	
	造影撮影	腎盂造影・ヒステロ	
	腹部エコー	※検査後、同日の消化器内科外来受診となります。	
	その他	眼底検査・()	

病医院の方へ 次の3項目をご確認ください

※申込書と紹介状を合わせて、原則2日間までにFAX送信してください。

※先に申込書のみFAXする場合は、該当を○で囲んでください。(紹介状は、当日患者持参/後程FAX)

※MRI・CT画像のみお急ぎの場合は、右記を○で囲んでください。(画像のみ患者持ち帰り)

画像のみ患者持ち帰りの場合、読影レポートはできあがり次第郵送いたします。

外来診療科一覧 (上記予約科に診療科を記入してください。)

総合診療内科	循環器科	耳鼻咽喉科	婦人科	脳神経外科	整形外科(一般)	放射線科
消化器内科	心臓血管外科	口腔外科	産科	神経内科	骨関節	足の外科
呼吸器内科	呼吸器外科	眼科	生殖・機能医学科	脳卒中科	スポーツ	上肢外傷
内分泌内科	大腸肛門科	眼形成眼窩外科	泌尿器科	てんかん科	せぼね骨腫瘍センター	リハビリテーション科
腎臓内科	上部消化管外科	皮膚科	小児科	小児神経科	手外科	救急科
膠原病リウマチ内科	肝胆膵外科	乳腺科	小児外科	小児循環器科	形成外科	腫瘍放射線科
						血液内科

紹介元医療機関名

総合病院 聖隷浜松病院 地域医療連絡室『JUNC』

〒430-8558 静岡県浜松市中区住吉2丁目12-12 TEL 053-474-2222(代表) 053-474-8801(直通)