

予約センター (フリーダイヤル) 0120-227-231	診療情報提供書	令和 年 月 日
	FAX : 0598-21-8793	施設共同利用

氏名	様	男 女	紹介元医療機関の住所及び名称
住所			医師氏名
電話	-	-	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	

予約日時	月 日 ( )	午前 午後	:
------	---------	----------	---

紹介先 医療機関名	松阪市民病院	担当医	放射線科担当・生理検査担当	御中
--------------	--------	-----	---------------	----

検査項目											
CT	頭部	副鼻腔	胸部	腹部	骨盤腔	その他 ( )				単純	造影
MRI	頭部MRI	頭部MRA	頸動脈MRA	腹部	骨盤腔	頸椎	胸椎	腰椎			
	右 肩関節 左 肩関節	右 手関節 左 手関節	右 手部 左 手部	右 股関節 左 股関節	右 膝関節 左 膝関節	右 足関節 左 足関節					
	その他 ( )									単純	造影
RI	骨シンチ	脳血流シンチ	その他 ( )								
超音波	腹部	乳腺	甲状腺	体表	※循環器系USは循環器内科へ紹介いたします。※						
神経生理	脳波	自律神経機能	末梢神経伝導検査	大脳誘発電位 (ABR・SEP)							
DMセット	①動脈硬化症 (ABI、頸動脈超音波)				②神経障害 (自律神経機能、末梢神経伝導検査)						
その他	骨塩定量 (DEXA法)	マンモグラフィ	その他 ( )								

※超音波・生理検査の結果は、検査データと技師コメントのみとなります※

※下記に該当する検査は次の書類をご用意ください※

<CT/MRI造影検査> 造影剤同意書、直近の採血データのコピー

(腎機能低下の疑いがある患者様の場合は、確認事項がありますので予約時にお伝えください。)

<MRI検査> MRI検査のチェックリスト (体内金属確認用)

傷病名	
紹介目的、既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、現在の処方など	

出力媒体 (希望する方に ○ をお願いします)	Film	・	CD-R
-------------------------	------	---	------

松阪市民病院 FAX 0598-21-8793 代表 0598-23-1515

〒515-8544 三重県松阪市殿町1550番地 予約センター 0120-227-231 【紹介元控え用】

予約センター (フリーダイヤル) 0120-227-231	診療情報提供書	令和 年 月 日
	FAX : 0598-21-8793	施設共同利用

氏名	様	男 女	紹介元医療機関の住所及び名称
住所			医師氏名
電話	-	-	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	

予約日時	月 日 ( )	午前 午後	:
------	---------	----------	---

紹介先 医療機関名	松阪市民病院	担当医	放射線科担当・生理検査担当	御中
--------------	--------	-----	---------------	----

検査項目											
CT	頭部	副鼻腔	胸部	腹部	骨盤腔	その他 ( )				単純	造影
MRI	頭部MRI	頭部MRA	頸動脈MRA	腹部	骨盤腔	頸椎	胸椎	腰椎			
	右 肩関節 左 肩関節	右 手関節 左 手関節	右 手部 左 手部	右 股関節 左 股関節	右 膝関節 左 膝関節	右 足関節 左 足関節					単純
RI	骨シンチ	脳血流シンチ	その他 ( )								
超音波	腹部	乳腺	甲状腺	体表	※循環器系USは循環器内科へ紹介お願いします。※						
神経生理	脳波	自律神経機能	末梢神経伝導検査	大脳誘発電位 (ABR・SEP)							
DMセット	①動脈硬化症 (ABI、頸動脈超音波) ②神経障害 (自律神経機能、末梢神経伝導検査)										
その他	骨塩定量 (DEXA法)	マンモグラフィ	その他 ( )								

※超音波・生理検査の結果は、検査データと技師コメントのみとなります※

※下記に該当する検査は次の書類をご用意ください※

<CT/MRI造影検査> 造影剤同意書、直近の採血データのコピー

(腎機能低下の疑いがある患者様の場合は、確認事項がありますので予約時にお伝えください。)

<MRI検査> MRI検査のチェックリスト (体内金属確認用)

傷病名	
紹介目的、既往歴および家族歴、症状経過および検査結果、現在の処方など	

出力媒体 (希望する方に ○ をお願いします)	Film	・	CD-R
-------------------------	------	---	------

松阪市民病院 FAX 0598-21-8793 代表 0598-23-1515  
 〒515-8544 三重県松阪市殿町1550番地 予約センター 0120-227-231 【松阪市民病院用】

松阪市民病院	予約券	令和 年 月 日
		施設共同利用

氏名	様	男 女	紹介元医療機関の住所及び名称
住所			医師氏名
電話	-	-	
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日	

予約日時	月 日 ( )	午前 午後	:
------	---------	----------	---

※検査予約時間の20分前には病院（1F 総合受付）へ到着するようにお願いします※

**紹介先医療機関名 松阪市民病院**  
〒515-8544 三重県松阪市殿町1550番地

検査内容により、検査前の食事制限や休薬をお願いする場合があります。

食事や休薬指示はありません。

検査当日の朝食はとらずに、検査へお越し下さい。

検査当日の昼食はとらずに、検査へお越し下さい。

<造影CT検査予定の方> 一部糖尿病薬では休薬指示があります。  
休薬指示が出た場合は、医師の指示に従い休薬してください。

休薬する薬剤名： 休薬期間： / ~ /

検査に関するお問い合わせは、予約センターへお願いします。

松阪市民病院 予約センター Tel 0120-227-231

- (
- ・検査に関するご質問（食事制限のこと、検査内容など）
  - ・予約日時に関するお問い合わせ（変更希望など）
  - ・検査当日に来院出来なくなった等の連絡
- )

◆検査当日◆

～ 当日ご持参いただくもの ～

健康保険証、当院の診察券（※お持ちの方のみ）、紹介元医療機関から預かった書類

～ 当日の流れ ～

- ① 来院されましたら、「1F 総合受付」にお越し下さい。  
この時に、紹介元医療機関から預かった書類を窓口職員へお渡しください。
- ② 窓口担当者が「1F 放射線室」または「2F 中央検査室」へ案内いたします。
- ③ 検査終了後、当院での結果説明はありません。  
<当日検査データをお渡しする場合>  
検査終了後、約15～30分お待ちいただきます。  
お渡しした検査データは、紹介元医療機関受診の際にご持参ください。  
<検査データを郵送する場合>  
検査データは郵送にて紹介元医療機関へお届けいたします。  
紹介元医療機関へ検査データが届くまで数日かかる場合があります。
- ④ 当院で検査の会計後、ご帰宅してください。

【患者様 予約券用】