

検査およびMR/CT 検査予約の依頼について

専用の「検査申込書」「MRI/CT 検査申込書」をご利用下さい
 受付時間は、平日(月～金)9:00～16:00です。
 時間外、土日・休日は、翌平日に返信いたします。
 診察当日の予約は、お取りできませんのでご了承下さい。

市立海浜病院医事室 直通 FAX: 277-8217

貴院にて

「検査申込書」または、「MRI/CT 検査申込書」を記載し、
 当院へFAX送信。



当院にて

依頼書をもとに予約を入れます。

「検査予約確認書」を貴院へFAXいたします。
 患者さんへお渡しください。

CT/MRI の場合は、「照射録」もFAXいたします。
 必要事項を記入のうえ、患者様にお渡し下さい。

MRI 検査・上部内視鏡検査につきましては
 検査の説明書もお送りいたします。

ご自宅で、事前にお読みいただけるようご案内
 ください。

*2018年MRI 機器更新より、MRI 検査にも同意書が必要と
 なりました。説明書と一緒に送り致します



当日

2番の窓口にて受付

当日の持ち物

「予約確認書」

「保険証」

「診察券」(海浜病院の診察券のある方)

※CT/MRI の場合は、必要事項を記入した「照射録」

MRI/CT検査申込書 Fax専用 *MRI検査 CT検査専用の申込書です。撮影後の診察は、行いません。	
千葉市海浜病院	平成 年 月 日
医事室 FAX 043-277-8217(直通)	受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)
患者情報	医療情報
フリガナ	医療機関名
男・女 海浜病院発症歴 有・無	所在地
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	TEL
住所	FAX
電話番号	医師名
検査希望日 第1希望 月 日 第2希望 月 日	希望する 画像出力形態 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルム
診断名	
MRI検査 *撮影レポートあり *画像資料のみ	領域 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部(MRA) <input type="checkbox"/> 頭頸部(MRA) 検査部位 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰(右・左) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部(胆嚢・胆管) <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他()
OT検査 *撮影レポートあり *画像資料のみ	領域 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 耳鼻科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺・縦隔) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 大動脈 検査部位 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> その他()
<small> □ベースメーカーなし/脳動脈クリップなし *ベースメーカー/脳動脈クリップを入れている方は、検査できません。 *埋込み金属のある方は、状況により検査が出来ない場合がございます。ご了承下さい。 </small>	
問い合わせ先 千葉市立海浜病院医事室 043-277-8217(予約係) (月～金 9:00～16:00)	

検査申込書 Fax専用 *この検査予約確認書では、検査後の診察は、行いません。	
千葉市海浜病院	平成 年 月 日
医事室 FAX 043-277-8217(直通)	受付 月～金 9:00～16:00(年末年始 祝日を除く)
患者情報	医療情報
フリガナ	医療機関名
男・女 海浜病院発症歴 有・無	所在地
生年月日 M・T・S・H 年 月 日	TEL
住所	FAX
電話番号	医師名
検査希望日 第1希望 月 日 第2希望 月 日	※ 月 日 曜までに
診断名	
胃内視鏡 (内科)月～木 10:30 (外科)金 9:00	領域 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 *撮影レポートあり
乳腺超音波 月・水・金 14:00	領域 外科 *撮影レポートあり
視野検査 木 PM	領域 眼科
マンモグラフィ 月・水・金 14:00	領域 外科 *撮影レポートあり *男性技師による撮影の場合もあります
問い合わせ先 千葉市立海浜病院 医事室 043-277-8217(予約係) (月～金 9:00～16:00)	