香川県済生会病院　検査依頼書

地域連携室直通 FAX：087-868-9563

※上・下部消化管内視鏡検査は事前診察が必要になります。

年　　月　　日

紹介元医療機関 ＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　番　号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

F　A　X 番　号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりがな 患者氏名	生年月日 大・昭 平・令　　年　　月　　日（　　）歳	性別 男　・女
住所　〒　　－ 電話番号		
診療科 科	希望医師 医師	
検査希望日 ①　　年　　月　　日（　　）　AM　・　PM ②　　年　　月　　日（　　）　AM　・　PM		
検査項目 □単純CT　部位（　　） □単純MRI　部位（　　） □造影CT※部位（　　） □造影MRI※部位（　　） ※造影検査問診票、血液検査データ（腎機能必須）、内服薬情報を併せて送付して下さい。		
経過及び検査目的　可能でしたら紹介状を添付していただくようお願いいたします。		

〇ご紹介ありがとうございます。確認いたしましたら、FAXにてご連絡させていただきます。
〇当日の予約はお取りすることができません。地域連携室までお問い合わせ下さい。
〇検査結果は後日郵送させていただきます。

お問い合わせ先：香川県済生会病院　地域連携室　TEL087-868-9569（直通）
受付時間：8：30～16：00（月～金）　休診日：土・日・祝祭日・年末年始
時間外の場合は、翌日の返信になりますのでご了承ください。