

## 検査予約票

医療法人社団 医敬会

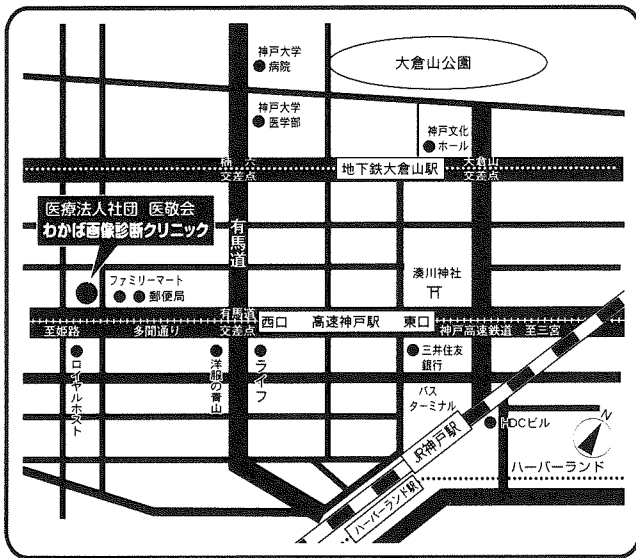
年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報			
フリガナ		性別	
患者氏名	様	男 女	
[生年月日]	年 月 日生		
[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"/> MRA検査	<input type="checkbox"/> CT検査	
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 動脈硬化測定	
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 尿検査	
部位 ( )			
種別	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 単純十造影	

## ★患者様へのお願い、ならびにご注意★

1. 予約時間の30分前にお越し下さい。
2. 健康保険証、お薬手帳をご持参下さい。  
(生活保護受給中の方は医療券をご持参下さい。)
3. 造影検査の方は4時間前迄に軽くお食事をすませて下さい。  
水分(水、お茶)は1時間前迄は摂取して頂けます。
4. 腹部検査の方は4時間前から絶飲食になります。
5. 次の項目に該当される方は必ず主治医に申し出て下さい。
  - ・妊娠中又は妊娠の可能性のある方。
  - ・心臓ペースメーカーの埋め込みをされている方(手帳をご持参下さい)。
  - ・手術などで体内に金属が入っている方。
  - ・刺青、アートメイクをされている方。
6. インプラントをされている方、インプラントカードをお持ちの方はご持参下さい。
7. 以下の物を装着されている方は取り外して頂きます。
  - 入れ歯・補聴器・カラーコンタクト
  - シール薬・カイロ・ピアス・指輪
  - ネックレスなどのアクセサリー
  - ウィッグ・ヘアピン
  - 持続血糖測定器・マグネットネイル
8. 検査当日はパウダー式染髪剤、増毛剤を使用しないで下さい。  
※場合によっては検査出来ない事があります。



## 交通のご案内

神戸高速鉄道・高速神戸駅西口No.4上がってすぐ  
JR神戸駅・地下鉄海岸線ハーバーランド駅から西へ徒歩5分

当クリニックは駐車場はございません  
お近くのコインパーキングを御利用下さい。

※エレベーター御利用の方は東側入口へおまわり下さい。

医療法人社団 医敬会  
わかば画像診断クリニック

〒652-0035 神戸市兵庫区西多間通2丁目1-20  
TEL.078-945-7065  
FAX.078-945-7066

# 診療情報提供書 (紹介状)

医療法人社団 医 敬 会  
わかば画像診断クリニック 行

年 月 日

紹介患者情報	
フリガナ	性別
患者氏名	様 男 女
[生年月日]	年 月 日生
[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"/> MRA検査 <input type="checkbox"/> CT検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化測定
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査
部位 ( )	
種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	

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・病状経過]
[添付資料] <input type="checkbox"/> 画像フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果 その他 ( ) 返却の必要性 ( 有 ・ 無 )
[所 見] <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
[備 考]

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065  
FAX : 078-945-7066

# 診療情報提供書 (紹介状)

医療法人社団 医 敬 会  
わかば画像診断クリニック 行

年 月 日

紹介患者情報	
フリガナ	性別
患者氏名	様 男 女
[生年月日]	年 月 日生
[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"/> MRA検査 <input type="checkbox"/> CT検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化測定
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査
部位 ( )	
種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	

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・病状経過]
[添付資料] <input type="checkbox"/> 画像フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果 その他 ( ) 返却の必要性 ( 有 ・ 無 )
[所 見] <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
[備 考]

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065  
FAX : 078-945-7066

## 診療情報提供書(紹介状)

医療法人社団 医 敬 会

年 月 日

わかば画像診断クリニック 行

紹介患者情報	
フリガナ	性別
患者氏名	様 男 女
[生年月日]	年 月 日生
[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"/> MRA検査 <input type="checkbox"/> CT検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化測定
<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 尿検査
部位 ( )	
種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純十造影	
[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・病状経過]	
[添付資料]	
<input type="checkbox"/> 画像フィルム	<input type="checkbox"/> 検査結果 その他 ( ) 返却の必要性 ( 有 ・ 無 )
[所 見]	
<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
[備 考]	

紹介元  
医療機関名

医 師 名

TEL ( ) -

FAX ( ) -

検査によっては曜日・時間帯の指定がございますので、お電話でお問い合わせください。

TEL : 078-945-7065

FAX : 078-945-7066