

**診察・検査予約申込書 (FAX用)**  
 医療連携課 FAX番号：03-3400-0193

※当日のご予約、再診、患者さんからのご予約はお受け出来ません。  
 予約受付は前日の午後3時までとさせていただきます。

医療機関名  
 日本赤十字社医療センター 医療連携課 行  
 医師名  
**診察・検査** を希望します  
 住所  
 (○をつけてください)  
 電話番号  
 ※下記の太枠内をご記入の上、医療連携課へFAXしてください  
 FAX番号

<b>【申込日 月 日】 ※外国の方をご紹介いただく場合は、事前にお電話にてお問い合わせください。</b>			
ふりがな 患者氏名 <small>※旧姓の記入もお願い致します⇒ (旧姓: )</small>	生年月日	年 月 日	男・女
住所 〒		自宅 携帯	
当センター受診歴 (事前に患者さんにご確認ください)	無・有 ( 科)	日赤医療センターID (お持ちの場合)	
<b>【診察予約 (ご希望の日時・診療科・医師名をご記入ください)】</b> ※予約状況によってはご希望に添えない場合があります (第一希望) 月 日 時頃 (第二希望) 月 日 時頃 <small>※ご希望がある場合ご記入ください。</small> 診療科 _____ 医師名 _____			
<b>【検査予約 (ご希望の検査項目・部位に○をつけてください)】</b> 。			
検査項目	部位 項目 など		
MR検査 (単純・造影)	MRA	頭部 胸部 脊椎 上肢 腹部 骨盤部 下肢	MRCP
CT検査 (単純・造影)	頭部 胸部 腹部 大動脈 四肢 脊椎		
シンチグラム	脳血流 (IMP・ECD) ガリウム全身 骨全身 レノグラム 肺血流		
超音波検査	心エコー 甲状腺エコー (水曜日のみ) 腹部エコー		
内視鏡検査※注①)	胃内視鏡 大腸内視鏡 (希望診療科: 内科・外科 希望医師: _____)		

	(備考欄)
--	-------

○下記のご予約をお取りしました	日赤医療センター記入欄
【予約日】 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 検査: _____ 検査 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 診察: _____ 科 _____ 医師	_____ 月 _____ 日
※当日は紹介状、保険証、(お持ちならば診察カード)をお持ちになり、予約時間の20分前までに1階 紹介状受付までお越しください。	