

RI検査紹介状(診療情報提供書)

十全記念病院 PET・RIセンター担当医宛

放射線部 PET・RI予約センター TEL 053-586-1522 FAX 053-586-6126

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	---------------	-------------------------------------

予約日時	注射	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
	撮像	平成 年 月 日 (曜日) 時 分

検査種類	
診断及び検査目的	
結果報告	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム
注意事項	・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・30分程度の背臥位 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・その他 ()
持参画像	<input type="checkbox"/> X線 枚 <input type="checkbox"/> MRI 枚 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他(枚)

(該当の□へ、レ点をしてください。)

RI検査予約票(患者様用)

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	---------------	-------------------------------------

予約日時	注射	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
	撮像	平成 年 月 日 (曜日) 時 分

患者様へのお願い

- ・検査当日は、予約時間の5分前までに十全記念病院総合受付までお越しいただき、検査予約票を提出してください。
- ・検査は予約制となっております。予約時間に遅れる・来院できない場合は前日までにご連絡ください。
(十全記念病院 放射線部・検査部 PET・RI検査予約センター TEL 053-586-1522)

当日お持ちいただくもの

- ・RI検査予約票 ・保険証 ・診察券(お持ちの方)

地図



医療法人 明徳会 **十全記念病院**
〒434-0042
静岡県浜松市浜北区小松1700
TEL 053-586-1115(代) FAX 053-586-7950
PET・RIセンター直通
TEL 053-586-1522