

紹介患者FAX予約診療申込書

(1枚目)
(FAX送信用)

受診希望日	年	月	日 (曜日)	時	分
-------	---	---	--------	---	---

松戸市立総合医療センター 地域連携室 行 受診希望科 科 医 師 (医師の指定がある場合はご記載ください。)	年 月 日 紹 介 元 医療機関名 住 所 〒 TEL () FAX () 医 師 名 _____
---	---

フリガナ			性別	大正・昭和・平成・令和	
患者氏名	様	男・女	年	月	日生 ()歳
住 所	〒 _____				
電話番号	自宅 ()	携帯	()		
受診歴	(有 ・ 無)				

病 名 (主訴)
紹介目的

地域連携室

FAX 047-712-2573 TEL 047-712-0685 (予約直通)

- ①本申込書（1枚目のみ）を地域連携室へFAXにてお送りください。
受付時間：午前8時30分～午後5時（平日）
- ②FAX到着後、当院から折り返しお電話でご連絡いたします。
 （一部の診療料については、予約時に診療情報提供書のFAXをお願いしております。）
- ③患者さんには受診票（2枚目）と診療情報提供書をお渡しください。

※当日の予約はお受けできません。
 救急患者や時間外の紹介につきましては、下記代表番号からお問い合わせください。
松戸市立総合医療センター TEL 047-712-2511(代表)

*「紹介患者FAX予約診療申込書」は当院のホームページからダウンロードすることができます。

受 診 票

(2枚目)
(患者さん用)

予約日時 年 月 日 (曜日) 時 分

(診察状況により遅れる場合がございます。)

松戸市立総合医療センター

受診希望科

科

医 師

(医師の指定がある場合はご記載ください。)

年 月 日

紹介元

医療機関名

住 所 〒

T E L ()

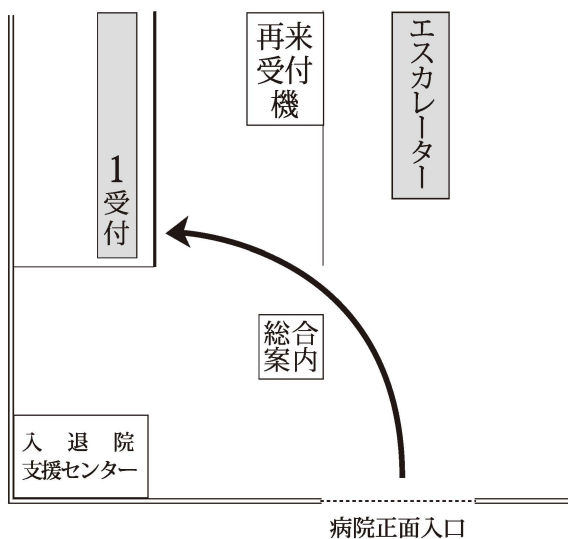
F A X ()

医 師 名

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 ()歳
住 所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
受診歴	(有 ・ 無)		

※ 受付場所： 1 受付

案 内 図



※ お持ちいただくもの

- ① 受診票(本書)
- ② 保険証
- ③ 紹介状(診療情報提供書)
- ④ 診察券(受診歴のある方のみ)
- ⑤ お薬手帳(お持ちの方のみ)

※ 予約日時の変更や来院できなくなった場合は、下記にご連絡ください。

連絡先

松戸市立総合医療センター
地域連携室

午前 8 時 30 分～午後 5 時 (平日)

TEL 047-712-0685(予約直通)

松戸市立総合医療センター

〒270-2296 千葉県松戸市千駄堀 993 番地の 1

◆ 受託検査のご案内 ◆

当院では、地域のクリニックや医院からの受託検査をお受けしております。

下記の検査を当院で行い、その結果については、かかりつけの医療機関の医師より説明していただく仕組みです。ぜひご利用ください。

■ MRI 検査

■ CT 検査

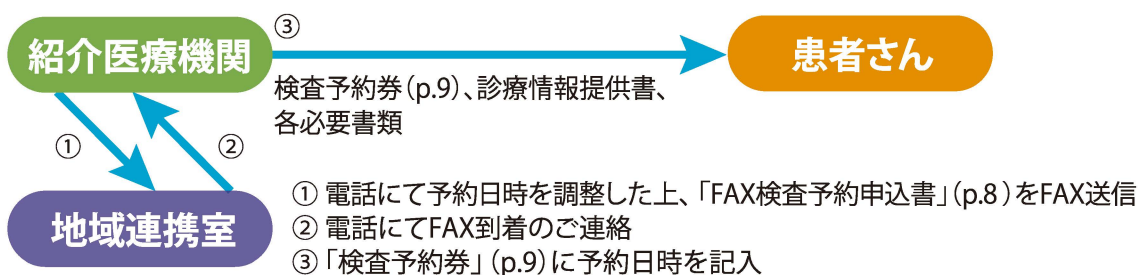
■ 骨密度検査

■ 上部内視鏡検査

■ 腹部エコー検査

予約方法 医療機関からの予約 (FAXによる申込み)

電話にて予約日時の調整 → 地域連携室へFAXで申込書を送信
→ 担当者がFAX到着を確認し、連絡いたします。



- ① 電話にて予約日時を調整した後、「FAX検査予約申込書」(p.8)にご記入の上、次の番号に FAX 送信をしてください。(電話が繋がらない場合は先に「FAX 検査予約申込書」を FAX 送信してください。)

予約専用 FAX 047-712-2573 (地域連携室)

受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始除く) 8:30～17:00

- ② 当院から電話にてFAX到着のご連絡をいたします。
③ 予約日時確定後、「検査予約券」(p.9)に予約日時をご記入の上、診療情報提供書及び各必要書類とともに患者さんへお渡しください。

※初めて受託検査をご利用の医療機関は、事前に地域連携室(047-712-0551)までお問合せください。

*「FAX 検査予約申込書」「検査予約券」は当院のホームページからもダウンロードできます。

■ RI 検査

- ① 『中央放射線科 核医学検査室』までお電話ください。核医学検査室にて日程調整をさせていただきます。その後『RI 検査予約申込書』P.10 に必要事項をご記入いただき、地域連携室まで FAX をお願いいたします。

中央放射線科 核医学検査受付

TEL 047-712-2511 (内) 1123 FAX 047-712-2573 (地域連携室)

受付時間：月曜～金曜(祝日・年末年始を除く) 8:30～16:00

- ② 予約確定後、『RI 検査予約券』P.11 に検査日時をご記入の上、診療情報提供書及び必要書類とともに患者さんへお渡しください。

※初めて受託検査をご利用になる医療機関は、事前に地域連携室(047-712-0551)までお問い合わせください。申込書及び予約券の原本を送付いたします。

*検査をキャンセルされる場合は検査日の前外来診療日 16:00 までに、「中央放射線科 核医学検査室」にご連絡ください。

*「RI 検査予約申込書」P.10は当院のホームページからもダウンロードできます。

F A X 検 査 予 約 申 込 書

(1 枚目)
(FAX送信用)

松戸市立総合医療センター
地域連携室 行

診療科

科

紹 介 元
医療機関名

住 所 〒

T E L ()
F A X ()

医 師 名

年 月 日

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 () 歳
住 所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
受 診 歴	(有 ・ 無)		

・ 検査予約日 年 月 日 (曜日) 時 分

検査項目を○で囲んでください。

● 放射線科 (部位を記入してください。)

- ・ CT (単純・造影)
- ・ MRI (※1) (単純・造影)
- ・ 骨密度測定 (※2)

● 消化器内科

- ・ 腹部エコー
- ・ 胃内視鏡検査

※1 MRI検査につきましては1検査1部位でお願いいたします。

※2 骨密度測定についての注意事項

- ・ 検査部位付近に体内金属がある場合は、お知らせください。
- ・ 骨密度検査前に**造影剤使用検査**は行わないでください。
- ・ RI 検査後は1週間以上あけてください。

検査予約の際は予約状況の確認を直接電話で地域連携室へ連絡してください。

・ F A X 受付時間 午前8時30分～午後5時(平日)

松戸市立総合医療センター 地域連携室

FAX 047-712-2573

TEL 047-712-0685 (予約直通)

検 査 予 約 券

(2 枚目)
(患者さん用)

松戸市立総合医療センター

診療科

科

年 月 日

紹 介 元
医療機関名

住 所 〒

T E L ()
F A X ()

医 師 名

フリガナ			性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様		男・女	年 月 日生 () 歳
住 所	〒			
電話番号	自宅 ()	携帯	()	
受 診 歴	(有 ・ 無)			

・ 検査予約日 年 月 日 (曜日) 時 分

検査項目を○で囲んでください。

- 放射線科 (部位を記入してください。)
- ・ CT (単純・造影)
- ・ MRI (単純・造影)
- ・ 骨密度測定

- 消化器内科
- ・ 腹部エコー
- ・ 胃内視鏡検査

※ 受付場所：① 受付

※ お持ち頂くもの (◎印のついた書類)

書類 \ 検査名	造影 CT	CT	造影MRI	MRI	骨密度	腹部エコー	胃内視鏡
診療情報提供書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
検査説明書兼同意書	◎		◎				◎
MRI 問診票			◎	◎			
最新の腎機能検査結果	◎		◎				
検査のチェック表							◎
保険証	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎

※ 予約日時変更や来院できなくなった場合は、下記にご連絡ください。

連絡先

松戸市立総合医療センター 地域連携室 午前8時30分～午後5時(平日)
TEL 047 - 712 - 0685 (予約直通)

R I 検 査 F A X 予 約 申 込 書

松戸市立総合医療センター

[依頼医師名]

地域連携室 行

FAX : 047-712-2573
(地域連携室直通)

医療機関名

住 所

電話番号

フリガナ		性 別	男 ・ 女
お名前		生年月日 (西暦)	20 年 月 日 (歳)
ご住所	〒		当院 (旧松戸市立病院含む) の受診歴 有 ・ 無
電話番号 (自宅)	()	携帯または 日中連絡先	()

検 査 予 約 日 時

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 月 日 () 時 分 【 注射・測定 】

検査項目 (該当検査に○をつけて下さい)

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1 : 骨シンチ | 8 : 脳血流 (99m T c - E C D 負荷なし) |
| 2 : 肺換気 | 9 : ガリウムシンチ |
| 3 : 肺血流 | 10 : 副腎皮質 (131 I - アドステロール) |
| 4 : 副甲状腺 (99m T c - M I B I) | 11 : 副腎皮質 (123 I - M I B G) |
| 5 : 唾液腺 | 12 : その他 |
| 6 : 心筋交感神経 (123 I - M I B G) | [] |
| 7 : 甲状腺 (123 I ・ 201 T l ・ 99m T c) | |

F A X 番 号 0 4 7 - 7 1 2 - 2 5 7 3 (地域連携室直通)

RI 検査予約票

(FAX検査紹介患者様用)

患者氏名

様

検査日時

月 日 () 時 分 (注射)

月 日 () 時 分 (測定)

年 月 日

紹介元
医療機関名

住所 〒

TEL

FAX

医師名

◆検査項目 (該当検査に○をつけて下さい) ◆

- | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------|
| 1 : 骨シンチ | 6 : 心筋交感神経 (123I-MIBG) | 12 : その他 |
| 2 : 肺換気 | 7 : 甲状腺 (123I・201Tl・99mTc) | [] |
| 3 : 肺血流 | 8 : 脳血流 (99mTc-ECD 負荷なし) | |
| 4 : 副甲状腺 (99mTc-MIBI) | 9 : ガリウムシンチ | |
| 5 : 唾液腺 | 10 : 副腎皮質 (131I-アドステロール) | |
| | 11 : 副腎皮質 (123I-MIBG) | |

※ この検査は薬品を特別に準備しますので、必ず予約日時に来院してください。

【検査当日のご案内】

- ◎ 検査時間30分前に、1番受付「紹介状受付窓口」で、紹介状 (診療情報提供書)、予約券、保険証を提示して受付をしてください。
- ◎ 受付終了後、1階の★印の『15番受付』で予約券をお出してください。
- ◎ 特別に指示のない限り、食事などは普通で結構です。
- ◎ 妊娠している可能性のある方、現在授乳中の方は、3日前までにご連絡ください。

ご来院できない場合は『核医学検査受付』までご連絡ください。また、検査の取消・変更等は、必ず『紹介元の医療機関』にご連絡をお願いいたします。

ご連絡のない場合は、薬品代をご負担して頂く事もありますので、ご了承下さい。

松戸市立総合医療センター 核医学検査受付 (平日9:00~16:00)
電話 047-712-2511 (代表) *交換よりお繋ぎします。

◆受付場所 : 1 受付



松戸市立総合医療センター
Matsudo City General Hospital

放射線科