

CT・MRI検査予約申込書 (FAX送信票)

申込日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 様 (男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)

住 所 〒 TEL

希望日(第1希望) 年 月 日 希望日(第2希望) 年 月 日

当院への受診歴 (有・無・不詳 有の場合 患者ID:)

紹介元医療機関名	
所在地	
電話番号	
F A X	科 先生
検査部位 (具体的な方向の指示などございましたら、欄外にご記入下さい)	CT MRI / 閉所恐怖症ではない その他 (MRA MRI + MRA MRCP MRCP + MRI)
	造影 単純 / 読影を希望する (読影は1週間前後かかります)
	MRI検査を委託の場合 / 『MRI問診票』をご用意下さい。 造影検査を委託の場合 / 『アレルギー問診票』『処方箋の写し』をご用意下さい。
	頭部 頸部 胸部 (縦隔 その他 ()) 腹部 (肝臓 脾臓 腎臓 その他 ()) 骨盤腔 (部位:) 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎 その他 ()) 四肢 (上肢(左 右) 下肢(左 右) その他(部位:)) 肩 (左 右) 股関節 (左 右) その他 (部位:)
臨床経過 及び 検査目的	
検査指示	(画像形態) フィルム CD-R (画像送付方法) お持ち帰り 郵送

【FAX受付時間】 8:30 ~ 17:00 (休診日を除く)

【休 診 日】 日曜・月曜・祝日・年末年始12月29日 ~ 1月3日・1月15日

【連 絡 先】 国保依田窪病院 地域医療連携室

FAX番号 (直通) : 0268-68-0091 電話番号 (直通) : 0268-68-0090