

(CT ・ MRI) 検査依頼票

※上記項目のいずれかを○で囲んで下さい

FAX(0983)42-1076にて申込み下さい。

【医療機関】

【担当医師名】

【電話番号】

()

【FAX】

()

【検査日時】

検査予約 希望日時 令和 年 月 日 () 時 分

※検査実施日は 月、火、水、木、金 10:30 ~ 12:00 の間でご希望下さい。

【患者情報】

(フリガナ)

性別

患者氏名

様

男 ・ 女

生年月日

明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令

年

月

日

歳

連絡先

()

【診療情報及び検査目的】

【検査部位】

 頭部 顔面 頸部 胸部 腹面 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 膝部 (右 ・ 左) 四肢 (右 ・ 左) その他

【造影検査】

造影検査は原則実施できませんのであらかじめご了承ください

【絶食での撮影希望】

 あり なし どちらでもいい

【備考】

※ 当日は保険証を持参のうえ来院ください。

この依頼書は、当センターホームページ (<http://www.skmc.jp>) よりダウンロードできます。