

## ( 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  腹部  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。