

**CT・MRI・RI 検査予約申込書**

貴医療機関名 ( )  
 ご住所 (〒 )  
 貴医師名 ( )  
 電話番号 ( ) —  
 FAX ( ) —

■ 希望される検査 ( 印を付けてください )

□CT	□頭部 □頸部 □胸部 □胸部 HRCT □骨盤 □体幹部 (胸部～骨盤)
	□体幹部 (胸部～腹部) □腹部～骨盤 □下肢
□MRI	□頭部 □頸部 MRA □頸部 □胸部 (縦隔) □腹部 □骨盤 □四肢
□RI	□骨シンチ □肺血流シンチ □Ga シンチ

■ 病名及び目的について～日本語でお願いします～

\_\_\_\_\_

■ 受診を希望される日をご記入お願いします

・第1希望日( ) ・第2希望日( ) ※都合の悪い日( )

■ ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします

フリガナ			性別	※旧姓 (名字変更の場合記入)
患者氏名			男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		生まれ ( 歳)	
フリガナ				
住所	〒 _____			
電話	( ) —	携帯電話		
当院受診歴	□ 無 □ 有 ID番号 ( )			
患者状況	□ 外来患者 ( □ 貴院待機中 ※ 患者様がお待ちの場合はチェックして下さい ) □ 入院患者 ( □ 出来高算定 □ DPC □ その他 )			
保険	□ 健康保険 □ 生活保護 □ 労災 □ その他			
特記事項	ADL ( 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー )			

■ 当日検査来院時、持参画像の有無 ( 印を付けてください )

有 ⇒ ( 有の場合  CD  フィルム ) ・  無

※ ご記入の上、**診療情報提供書**と共にFAXして頂きますようお願いいたします。

(貴院所定の診療情報提供書がない場合は、当センター専用紙をご利用ください。ホームページよりダウンロード可能です。)

**予約通知書** は患者さまにお渡しください。