



# 上天草総合病院 CT・MRI 予約申込書 (FAX用)

【FAX (直通) 0969-62-1547】

## 【紹介元医療機関情報】

|          |  |     |  |
|----------|--|-----|--|
| 紹介元医療機関名 |  | TEL |  |
| 医 師 名    |  | FAX |  |

## 【患者情報】

|      |  |     |         |     |       |
|------|--|-----|---------|-----|-------|
| フリガナ |  | 性 別 | 生 年 月 日 |     |       |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 大・昭・平・令 | 年   | 月 日 歳 |
| 住 所  |  |     |         | 電 話 | ( ) - |

## 【検査事項】 ご希望の検査と検査部位及びご希望の日時を記入して下さい。

|                 |  |
|-----------------|--|
| 希望検査と部位         | 1. CT    a.頭部   b.胸部   c.腹部   d.その他(                    )                                      |
|                 | 2. MRI    a.頭部   b.胸部   c.腹部   d.脊髄(                    )   e.その他(                    )        |
| 検査希望日時          | 年            月            日(                    ) /                    時                    分頃 |
| ○臨床診断：          |  |
| ○現病歴：           |  |
| ○検査目的：(必ず記載下さい) |  |

※検査は単純撮影のみとなります。造影検査や検査後の当院での説明が必要の際は、別途紹介状をお願いします。

※申 込：当院所定の予約申込書にてFAXでお願い致します。検査の日時等につきまして、希望に添えない場合は当院よりご相談させていただき、FAXにてご連絡致します。

※検査結果：検査結果画像は、CD/DVDにてお渡し致します。動作環境：windowsXP以上  
放射線科医による報告書は、届き次第、先生方に郵送させていただきます。

FAX 受付日   ： 平日  
FAX 受付時間   ： 8：30～17：00

上天草総合病院 地域医療支援課  
FAX   ：(0969)62-1547(直通)  
TEL   ：(0969)62-1122(代表)  
FAX   ：(0969)62-1546(代表)