

# 益田赤十字病院 放射線科(CT・MRI・RI)検査申込書

受付時間(平日8:30~17:00)を過ぎての予約申込みのお返事は、翌日の連絡となりますのでご了承ください。

フリガナ			
患者様氏名	様		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女
住所			
電話番号			
検査日	希望なし 第一希望：平成 年 月 日 時 第二希望：平成 年 月 日 時		
検査内容	CT ・MRI ・ RI( )	造影	なし・あり
検査部位 (詳細にご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 胸部・頸部( ) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腹部( ) <input type="checkbox"/> 脊椎( ) <input type="checkbox"/> 上肢( ) <input type="checkbox"/> 下肢( ) <input type="checkbox"/> その他( )		
検査目的または病名			
MRI検査の場合のみ該当の項目を記入下さい。	<input type="checkbox"/> ペースメーカー無し <input type="checkbox"/> 人工内耳無し <input type="checkbox"/> 脳動脈クリッピング無し( <input type="checkbox"/> MRI対応のクリッピングあり ) ※体重      kg(判れば記入下さい。)		
依頼元医療機関名 医師名 住所 電話番号 FAX番号			

益田赤十字病院 地域医療係

〒698-8501島根県益田市乙吉町イ103-1

電話 0856-32-3312

fax 0856-32-3314