

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、翌診療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・令 年 月 日	性別	男・女
住所			
電話番号			
検査日	希望なし (一番早く予約可能な日時で取得いたします) 第一希望 : 月 日 時頃 第二希望 : 月 日 時頃 ※CT・MRIは午後の予約は不可です		
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 住所 電話番号 FAX番号			