

共同利用 検査予約申込書

FAX : 0296-48-9152

患者情報	ツガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	

検査日	月 日 ()	時 分
-----	---------	-----

※ 事前にお電話にて検査日時をお問い合わせ下さい。

検査目的	* 撮影希望内容・病名等
------	--------------

【 検査内容 】 該当する検査内容に☐を入れて下さい。

MR I	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影 (※別途同意書が必要です) <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI) <input type="checkbox"/> 頭部 (MRI+MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 () * MRI検査説明書をご確認お願いいたします。
CT	<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影 (※別途同意書が必要です) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 () * CT検査説明書のご確認をお願いいたします。
骨密度	<input type="checkbox"/> 2 部位 (大腿骨・腰椎)
超音波	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 乳腺
読影依頼	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

※患者様来院の際に、「保険証」、「本申込書」をお持ちくださいます様お願いいたします。
(造影検査の場合は「同意書」もお願いいたします)



さくらがわ地域医療センター
- SAKURAGAWA REGIONAL MEDICAL CENTER -

TEL : 0296-48-9151 (検査申込直通電話)