

# 撮影予約申込書

— CT、MRI 撮影用の予約申込書です —

FAX : 0799-42-6203

宛先：中林病院

貴院名 FAX番号 TEL番号	FAX送信者名 ( )		
ふりがな			
患者様氏名	男 ・ 女		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所	(〒 - )		
貴院患者ID		電話番号	- -
撮影内容	MRI	頭部・脳血管・頸椎・胸椎・腰椎・腹部・MRCP 四肢 ( ) ・ その他 ( )	
	CT	頭部・胸部・腹部・その他 ( )	
	今回撮影に当たっての病名があれば記入下さい。 病名：		
	具体的指示内容・その他伝達事項		
希望日	第1希望	月 日 午前 午後	: 頃
	第2希望	月 日 午前 午後	: 頃
	その他の希望		
☆チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 診察希望 <input type="checkbox"/> 読影結果希望 <input type="checkbox"/> DVDデータ希望			
※ <b>診察希望の場合は紹介状が必要になります。</b> (そのほかの場合は必要ありません) ※読影結果は後日(1~2日後)FAXで送信します。			

注) MRI検査では**心臓ペースメーカー、人工内耳等の体内金属、刺青**は禁忌となっております。  
事前に手術暦等ご確認ください。

ご不明な点は中林病院 0799-42-6200 へお問い合わせください。