

撮影予約申込書

— C T ・ M R I 撮影用の予約申込書 —

F A X : 0799-42-6203

宛先： 中正会 中林病院

貴院名 F A X 番号			
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	M R I	頭部・脳血管・頸椎・胸椎・腰椎・腹部・MRCP 四肢 () ・ その他 ()	
	C T	頭部・胸部・腹部・その他 ()	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 今回撮影に当たっての病名があれば記入下さい。 病名： ・ 具体的指示内容はその他伝達事項に記載願います。 		
撮影日	月 日	午前 午後	: 頃
その他伝達事項			

注) M R I 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。事前に手術歴等ご確認ください。

ご不明な点は中正会中林病院 0799-42-6200 へお問い合わせください。

(作成日：2013.6.1)