

撮影予約申込書

— CT、MRI、マンモグラフィー検査依頼票 —

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	<input type="checkbox"/> MRI	撮影方法 : <input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影 ----- <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> CT	撮影方法 : <input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影 ----- <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> MLO <input type="checkbox"/> 2方向	
	病名(主訴):		
	検査目的(具体的に記入をお願いします):		
希望日	第1希望	月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 : 頃
	第2希望	月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 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			
※ 診察希望の場合は紹介状が必要になります。 (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。