

MRI・CT検査予約申込書

〒854-0301 雲仙市愛野町甲3838-1
医療法人 伴帥会 愛野記念病院
地域医療連携室
TEL (0957)36-3950
FAX (0957)36-7072

医療機関名 _____
 医師名 _____
 電話番号 _____
 FAX番号 _____

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
患者氏名			男・女
住所	〒	TEL	()

希望日 年 月 日

希望時間 時頃

〈検査項目を○で囲んで下さい〉

※ご不明な点は放射線科までお問い合わせ下さい。

M	頭部・頸部・上腹部(MRCP)・腹部・骨盤腔・(上肢・下肢)MRA
R	頸椎・胸椎・腰椎
I	関節系:(右・左) 手指・手・肘・肩・股・膝・足・その他()
C	頭部(単純・顔面・副鼻腔・上下顎骨)・胸部・胸部～骨盤腔
T	上下腹部・頸椎・胸椎・腰椎 関節系:(右・左) 手指・手・肘・肩・股・膝・足・その他() 歯科系:()顎関節・()顎・()智歯・インプラント・その他()

[検査目的・病歴・臨床診断] ※撮影方法の要望がありましたらご記入下さい。

検査結果通知方法	検査画像のみ · 所見込(後日郵送となります)
----------	-------------------------

予約受付時間: 平日(月～金)9時00分～16時30分

※平日16時30分以降については翌日、土曜・日曜・祝祭日等の受付分は休み明けの取り扱いとなりますのでご了承下さい。