



上天草総合病院 CT・MRI 予約申込書 (FAX用)

【FAX (直通) 0969-62-1547】

【ご紹介医療機関情報】

紹介元医療機関名		TEL	
医 師 名		FAX	

【検査事項】 ご希望する検査と検査部位及びご希望の日時を記入して下さい。

希望検査	CT ・ MRI	部位	
検査希望日時	年 月 日() / 時 分頃		
検査部位及び造影等	1. CT a.頭部 b.胸部 c.腹部 d.その他() 造影→ 要・不要・おまかせ		
	2. MRI a.頭部 b.胸部 c.腹部 d.脊髄() e.その他()		

○臨床診断：

○現病歴：

○検査目的：(検査オーダー時に必要なため、必ず記載下さい)

フィルム	要・不	※検査結果画像は、CDにてお渡し致します。動作環境：windowsXP
------	-----	-------------------------------------

【患者様情報】 ※下記は、事前のカルテ作成のために使用しますので、支障が無ければ御記入下さい。

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住 所		電 話	() -

【保険情報】 ※労災・交通事故等の場合はその旨もお知らせ下さい。

保険証記号番号		有 効 期 間	平 . . ~ 平 . .
保 険 者 番 号		医療証負担者番号	
被 保 険 者 区 分	本人 ・ 家族	医療証受給者番号	
資 格 所 得 日	S・H 年 月 日	負 担 割 合	

※申 込：当院所定の予約申込書にてFAXでお願い致します。検査の日時等につきまして、希望に添えない場合は当院よりご相談させていただき、FAXにてご連絡致します。

※検 査：CT及びMRI

※検査結果：検査結果は放射線科医による報告書が届き次第、先生方に郵送させていただきます。

FAX受付日：平日

FAX受付時間：8:30~17:00

上天草総合病院 地域医療連携室
 TEL・FAX：(0969)62-1547(直通)
 TEL：(0969)62-1122(代表)
 FAX：(0969)62-1546(代表)