



上天草総合病院 CT・MRI 予約申込書 (FAX用)

【FAX (直通) 0969-62-1547】

【紹介元医療機関情報】

紹介元医療機関名		TEL	
医 師 名		FAX	

【患者情報】

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

【検査事項】 ご希望の検査と検査部位及びご希望の日時を記入して下さい。

希望検査と部位	1. CT a.頭部 b.胸部 c.腹部 d.その他()
	2. MRI a.頭部 b.胸部 c.腹部 d.脊髄() e.その他()
検査希望日時	年 月 日() / 時 分頃
○臨床診断：	
○現病歴：	
○検査目的：(必ず記載下さい)	

※検査は単純撮影のみとなります。造影検査や検査後の当院での説明が必要の際は、別途紹介状をお願いします。

※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。

※検査結果：検査結果画像は、CD/DVDにてお渡し致します。動作環境：windowsXP以上
放射線科医による報告書は、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 地域医療支援課
FAX ：(0969)62-1547(直通)
TEL ：(0969)62-1122(代表)
FAX ：(0969)62-1546(代表)