

放射線CT・MRI・RI検査予約申込用紙FAX用

水島協同病院 地域連携室行き FAX: 086-444-3255

年 月 日

紹介元医療機関の住所・名称

電話 _____
FAX _____

医師氏名 _____

フリガナ	生年月日	T S H
患者氏名	男・女	年 月 日 (歳)
住所 〒	TEL	

保険情報（保険証・保険登録コピーまたは下記にご記入をお願いします）

保険者番号	本人/家族	本人 ・ 家族
記号・番号	公費番号	
被保険者氏名	受給者番号	
その他	労災 ・ 交通事故 ・ 第三者行為	

希望検査項目に○印をご記入下さい

希望検査部位	CT	頭部（全脳、副鼻腔、耳）・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎部・四肢 その他（ ） ※造影検査の有無（要・不要・放射線科一任）
	MRI	頭部（全脳MR、MRA）・頸部MRA・頸部・頸椎・胸椎・腰椎 腹部・MRCP・骨盤部・四肢・その他（ ） ※造影検査の有無（要・不要・放射線科一任）
	RI	骨・甲状腺（Tc、Tl+Tc）・脳（血流、ダットスキャン）・心筋 腎動態（レノグラム）・その他
	胃透視	
	注腸	
検査結果報告（ご指定下さい）		フィルム ・ CD-R

希望日

いつでも可
第1希望 月 日（午前/午後）
第2希望 月 日（午前/午後）
※緊急の場合は電話でご相談ください

結果お届け指定日

<ul style="list-style-type: none"> 月 日（午前/午後）迄に必要 指定なし
--

<問い合わせ先>

総合病院 水島協同病院 地域連携室
TEL（直通）086-444-3250
受付 月～金 8:30～17:00
土曜日 8:30～12:30