

放射線CT・MRI・RI・心エコー検査予約申込用紙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

医師氏名

電話

FAX

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）
	冠動脈CT	※水曜日PMのみとなります
	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、TI+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

エコー	心US	検査結果（画像CD-Rの要・不要、要の場合動画、静止画をご指定下さい）	
		画像CD-R	不要 要
		(所見のみ) 動画 ・ 静止画 ※どちらかに○を	

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

月 日 (午前／午後)迄に必要

指定なし

<問い合わせ先>

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