

<MRI・CT検査申込書>

FAX:084-920-9278(直通)

特定医療法人 財団竹政会
 セントラル病院
 地域医療連携室
 TEL:084-924-4141(代)

ご紹介元医療機関名 ご住所
医師名
TEL:
FAX:

お申込日 平成 年 月 日

＊ ご紹介患者様の基本情報

ふりがな	性別	生年月日
お名前	男性 女性	M・T・S・H 年 月 日(歳)
ご住所 〒 -		
連絡先 -	当院受診歴 有・無・不明	

＊ 検査の予約

検査の種類 MRI ・ CT

◆ 1検査1部位とさせていただきます。

撮影部位	撮影目的		
造影剤使用 あり・なし	ありの場合	Cr値 1.5以上	あり・なし
		喘息	あり・なし

＊ 検査希望日時(可能な限り第3希望までご記入をお願いします)

第1希望	月 日	曜日	AM ・ PM
第2希望	月 日	曜日	AM ・ PM
第3希望	月 日	曜日	AM ・ PM
できるだけ早いところ			

＊ 患者さまの保険情報(事前のカルテ作成に必要です。可能でしたら保険証のコピーをお願いします)

保 険

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	～
被保険者	・ 本人 ・ 家族(被保険者名:)
事業所名称	
負担割合	

公費医療

保険者番号	
記号・番号	
有効期間	～

《受付時間》

- 平日(月～金) 8:30～17:30
- 土曜(午前のみ) 8:30～12:30

- ご希望日のご予約がお取りできない場合には、担当者から折り返し貴院へお電話にてご連絡いたします。
- 当検査申込書を受信後、30分以内に貴院へFAXにて検査予約受付票をお送りいたしますので、患者さまにお渡しく下さい。当日、受付窓口へ提出いただくよう患者さまにお伝えください。