放射線ＣＴ・ＭＲＩ・ＲＩ検査予約申込用紙ＦＡＸ用

水島協同病院　地域医療連携室行き　**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 患者氏名　　男・女	生年月日 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）・頚部・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）・頚部ＭＲＡ・頚部・頚椎・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

希望検査日

・緊　急

・期日指定　　月　日（午前／午後）

　　月　日　迄に

・その他（　）

<問い合わせ先> 総合病院 水島協同病院 地域医療連携室
ＴＥＬ（直通）086-444-3250
受付　平　日　午前９時～１７時
　　土曜日　午前９時～１２時

2015.12版