

当日の検査も可能です
(MRI 検査は予約状況によります)

MRI(単純)・CT(単純) 予約申し込み方法について

※当日検査希望の場合も、地域連携室にご連絡ください。



受付

1. 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室に TEL(072-854-1371)してください。
2. 希望の検査内容をお伝えください。例：頭部 CT
3. 予約希望日時をお伝えください。
4. 患者さまの氏名、生年月日をお伝えください。
5. 当院所定の『MRI・CT 予約申込書』を地域連携室に FAX(072-860-1730)してください。
6. 当院より『予約通知書』を折り返し FAX いたします。

～検査当日の受付方法～

2階の『2 再診』受付にお越しください。

- ・予約通知書
- ・MRI・CT 予約申込書
- ・MRI 検査問診票 (MRI の方のみ)
- ・保険証
- ・診察券 (お持ちの方)

ご提出ください

- ・検査終了後、画像データの入った CD/DVD を患者さまにお渡しします。
- ・所見は FAX 後、郵送いたします(約 3・4 日程度でご報告しますが、祝日が続くなどの場合 1 週間程度かかる場合があります)。

※所見をお急ぎの場合、次回の診察予定の都合がある等の場合はご確認ください



医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院
〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
TEL : 072-853-1181(代表)
TEL : 072-854-1371(地域連携室)
FAX : 072-860-1730(地域連携室)

MRI・CT 予約申込書

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 宛

TEL : 072-854-1371(地連直通) FAX : 072-860-1730(地連直通)

貴 院 情 報	貴院名：		
	所在地：		医師名
	TEL：		
	FAX：		取次担当者名

患 者 情 報	フリガナ	男	生 年 月 日	
	氏名	女		年 月 日 (歳)
住 所 〒				
	電話番号			

検査項目 MRI CT

撮影部位 _____

診断及び検査目的

注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・体内に金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・その他 (_____) 	当院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
------------------	--	--

予約希望日時： 年 月 日 (曜日) 時 分

《MRI・CT 予約方法》

地連に TEL (072-854-1371) いただき、お名前・生年月日をお伝えください。
 検査のご希望等お伝えいただき予約日時を決定します。
 MRI・CT 予約申込書(この用紙)を地連に FAX(072-860-1730)してください。
 当院より予約通知書を FAX いたします。

医療法人(社団)有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 地域連携室

〒573-0084 枚方市香里ヶ丘 5-8-1
 TEL : 072-853-1181(代 表)
 TEL : 072-854-1371(地域連携室)
 FAX : 072-860-1730(地域連携室)