

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			医師名	
	所在地			_____	
	TEL				
	FAX			取次担当者名	
患 者 情 報	フリガナ	男	生 年 月 日	大正・昭和・平成・	
	氏名	女		年	月
住 所 〒	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	・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	当院受診歴
	・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 (_____)	
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明

TEL 予約日時 : 平成 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)