

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 _____ 氏 名 _____	男 女	生 年 月 日	_____ 年 月 日 (歳)
	住 所 〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>			

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
------------------	--	--

TEL 予約日時 : 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)