亀田第一病院　CT･MRI検査予約申込書

FAX 025-382-7708　　TEL 025-382-3111(代)　　申込日　　年　月　日

医療機関及び医師名	TEL（　　）　ー　FAX（　　）　－			
依頼区分	□ CT □ MRI	ご希望日	□本日中　□2･3日中　□いつでも可 ご都合の悪い日	
		撮影部位（　　）	ペースメーカーの装着	有 ・ 無

患者情報	患者番号							亀田第一病院受診歴	有　・　無	
	氏名	フリガナ						生年月日	大正 昭和 平成 令和	
							男・女		年　月　日生（　歳）	
	住所									
	TEL（　　）　ー　携帯（　　）　ー									

鑑別対象の疾患名、現在の症状など

撮影方法等ご指示等（専門的なご依頼などお受けできない場合があります）

ご依頼後のイメージフロー

申込書ＦＡＸによるご依頼 ➡ 当院より予約券ＦＡＸ送付 ➡ 予約日患者様来院・検査施行 ➡ 画像ＣＤ・請求書患者様へお渡し

紹介元医院へ患者様受診 ➡ 画像ＣＤ・請求書お受け取り ➡ 請求金額当院へご送金下さい