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

医療機関名及び医師名	TEL（　　）　　－　　FAX（　　）　　－			
依頼区分	□ CT □ MRI	ご希望日	□本日中 □2･3日中 □いつでも可	
		撮影部位	（　　）	ペースメーカー等の装着：□ペースメーカー □ICD（植込み型除細動器） □CRT-D（ICD+心臓再同期療法） □無し

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 男・女	生年月日	大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日生 （　　歳）
	住所 TEL（　　）　　－　　携帯（　　）　　－			

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