

亀田第一病院 CT・MRI委託検査予約申込書

FAX 025-382-7708

TEL 025-382-3111(代)

申込日 年 月 日

及 医 び 療 医 機 師 関 名 名	TEL () — FAX () —					
依 頼 区 分	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 希望日 <input type="checkbox"/> いつでも可 _____		読影診断 の依頼 (<input checked="" type="checkbox"/> を必ず記入)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 希望(別途読影料あり) (下部太枠内を必ずご記入下さい)	
	<input type="checkbox"/> MRI	検査目的			ペースメーカー 等の装着 (<input checked="" type="checkbox"/> を必ず記入)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> ICD(植込み型除細動器) <input type="checkbox"/> CRT-D(ICD+心臓再同期療法)
		撮影部位	()			

患 者 情 報	患者 番号							亀田第一病院 受診歴	有 ・ 無	
	フリガナ								大正 昭和 平成 令和	
	氏名							男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (歳)
	住所									
	TEL ()	—				携帯	—			

撮影方法等(具体的な指示をご記入下さい)	

読影診断を ご依頼の場合 必ず記入	臨床診断、病名	
	主訴、臨床経過	既往歴、手術歴など

ご依頼後のイメージフロー

