

中東遠総合医療センター

検査依頼 兼 紹介状

FAX送付票 (医療機関用)

申込日 年 月 日

紹介元 医療機関名		担当医師		電話番号	() —
フリガナ	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (オ)				
氏 名	様			性別	男 ・ 女
住 所				電話番号	() —
保険者番号			記号・番号		
区 分	本人・家族	公 費	乳幼児 ・ 重度医療 ・ 母子医療 ・ 生活保護 ・ その他		
検 査 希望日時	第一希望日 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分				
	第二希望日 月 日 (曜日) 午前 ・ 午後 時 分				
	<input type="checkbox"/> 直近で予約の取れる日を希望				
予約検査 (検査名・部 位に○をつけ てください)	CT	単純 ・ 造影 ・ 単純+造影			
	頭 部 (頭蓋内・顔面・中内耳) ・ 頸 部 ・ 心 臓 胸 部 ・ 腹 部 ・ 胸腹部 ・ 骨盤内 ・ 椎 体 () 四 肢 () ・ その他 ()				
	MRI	単純 ・ 造影 ・ 単純+造影			
	頭部 ・ 中内耳 ・ 頸部 ・ 乳腺 ・ 心臓 ・ 縦隔 ・ 上腹部 ・ 骨盤内 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 肩関節 (右・左) ・ 膝関節 (右・左) その他 ()				
	RI	骨 ・ ガリウム ・ 脳血流 ・ 腎 ・ その他 ()			
	超音波	腹部 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 心臓 ・ その他 ()			
	マンモグラフィ	骨密度	PETCT	その他	
傷病名					
検査目的					
検査報告書	不要 ・ 定期発送 (毎週火・金) ・ 月 日までに必要				

【検査の申込み】 放射線検査センター 直通電話:0537-28-8936 FAX:0537-28-8926
平日のみ 午前8時15分~午後5時

※検査は医療機関で予約をしてください。