上天草総合病院　地域医療連携室行

上天草総合病院　CT・MRI 予約申込書（ＦＡＸ用）

【ＦＡＸ（直通）０９６９－６２－１５４７】

【紹介元医療機関情報】

紹介元医療機関名		ＴＥＬ	
医　　師　　名		ＦＡＸ	

【患者情報】

フリガナ		性　別	生　年　月　日		
患者氏名		男・女	明・大・昭・平　　年　　月　　日　　歳		
住　　所			電　話	（　　）　－	

【検査事項】　ご希望の検査と検査部位及びご希望の日時を記入して下さい。

希望検査と部位	１．CT　　a.頭部　b.胸部　c.腹部　d.その他（　　）
	２．MRI　　a.頭部　b.胸部　c.腹部　d.脊髄（　　）　e.その他（　　）
検 査 希 望 日 時	年　　月　　日（　　）／　　時　　分頃
○臨床診断：	
○現 病 歴：	
○検査目的：（必ず記載下さい）	

※検査は単純撮影のみとなります。造影検査や検査後の当院での説明が必要の際は、別途紹介状をお願いします。

※申　　込：当院所定の予約申込書にてＦＡＸでお願い致します。検査の日時等につきまして、希望に添えない場合は当院よりご相談させていただき、ＦＡＸにてご連絡致します。

※検査結果：検査結果画像は、ＣＤにてお渡し致します。動作環境：windowsＸＰ
（フィルムが必要な場合は、ご連絡下さい）
放射線科医による報告書は、届き次第、先生方に郵送させていただきます。

ＦＡＸ受付日　：　平日
ＦＡＸ受付時間　：　８：３０～１７：００

上天草総合病院　地域医療連携室
FAX　：(0969)62-1547(直通)
TEL　：(0969)62-1122(代表)
FAX　：(0969)62-1546(代表)