

さとう記念病院 MRI検査予約依頼 FAX送信用紙

フリガナ			
氏名	男・女		
生年月日	年	月	日
撮像部位	M R I	M R A	詳細説明等
	<input type="checkbox"/> 頭 部 ()	<input type="checkbox"/> 頭 部 ()	
	<input type="checkbox"/> 頸 部 ()	<input type="checkbox"/> 頸 部 ()	
	<input type="checkbox"/> 胸 部 ()	<input type="checkbox"/> 胸 部 ()	
	<input type="checkbox"/> 腹 部 ()	<input type="checkbox"/> 腹 部 ()	
	<input type="checkbox"/> 骨盤部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤部 ()	
	<input type="checkbox"/> 頸 椎 ()	<input type="checkbox"/> 下 肢 ()	
	<input type="checkbox"/> 胸 椎 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	
<input type="checkbox"/> 腰 椎 ()			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
単 純 の み			
依頼病医院名・医師名			
住所			
TEL			
FAX			

- ※ 心臓ペースメーカー装着、人工内耳等装着、妊娠、刺青のある方の検査はお受けできません。
ご不明な点、ご質問等ございましたらご連絡下さい。
- ※ 検査前に当院にて検査同意書にご署名を頂きます。
- ※ 予約受付時間は9:00～18:00(水曜・日曜・祝日は除く)と致します。

○検査予約手順

- 1)お電話にて患者様名、撮像部位、貴院名(依頼医名)をご連絡願います。
予約日時を報告致します。
- 2)当FAX送信用紙にご記入後、ご送信して下さい。
- 3)当院よりMRI検査説明書・予約票を送信致しますので禁忌事項、注意事項等をご確認の上
患者様にお渡し下さい。

- ※ 画像CDは診断報告書を添付し2～3日後に送付致します。
- ※ 検査当日、患者様はMRI検査説明書・予約票及び健康保険証をご持参下さい。

医療法人 さとう記念病院
TEL (0868) 38-6688 (内線135)
FAX (0868) 38-6691 (予約専用)