

MRI・CT・RI 検査予約申込FAX用紙

貴医療機関名；	TEL；
依頼医；	FAX；

フリガナ		
患者氏名		男・女
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
日中つながる連絡先		自宅・携帯 []
小田原循環器病院の受診歴		あり・なし・不明
MRI	単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸椎・胸椎・腰椎・千尾椎] <input type="checkbox"/> 関節 [手・肘・肩・股] [右・左] <input type="checkbox"/> その他 []
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 []
		<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他 []
		<input type="checkbox"/> 9:00~ <input type="checkbox"/> 10:30~ <input type="checkbox"/> 11:30~
		第一希望日 ; 年 月 日 (午前・午後) 第二希望日 ; 年 月 日 (午前・午後)
備考		

※ CT・MRI造影剤使用または心筋RIの場合は、当院へご相談ください

MRI・CT・RI 検査予約依頼の流れ

1 予約申込用紙をFAXのうえ、当院へご一報お願いいたします

FAX : [0465-48-7214] TEL : [0465-48-7211]

> 受付時間は、月曜日～土曜日（祝日を除く）
9：00～11：00 / 14：00～16：00 です

2 予約調整し、当院より予約票を返送いたします

- 状況により、お時間をいただく場合がございます

3 MRI/RIの場合は、ご案内または問診票を患者さんにお渡しください

- 問診票は検査当日にご持参するようにお伝えください

MRI・CT・RI 検査当日の流れ

1 患者さんは、小田原循環器病院の受付でお声がけください

2 検査終了後、画像データの入ったCD-ROMをお渡しします

- 検査終了後、20分ほどお時間をいただきます

3 後日、読影後に所見レポートを貴院宛に郵送いたします