

CT検査 予約申込書 兼 ファックス送信表

菊池病院 地域連携室 CT・MRI 共同利用予約担当者 行
FAX: 096-248-2124 (直通)

■ 禁忌事項確認

妊婦または、妊娠の可能性 ☐ なし
☐ あり *ありの場合は原則検査不可

■ 患者様情報

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日
性 別	男 ・ 女
電話番号	

■ 依頼元医療機関情報

医療機関名	
医師名	
所在地	〒 -
電話番号	
FAX番号	

■ 画像検査予約情報

予約日時	年 月 日 (曜日) 時 分
------	------------------

CT検査部位 ご希望の部位に○をつけて下さい。	頭部 顔面 頸部 胸部 腹部骨盤 胸部～骨盤 上肢 下肢
診断名	その他 ()
検査目的	
読影希望	☐ 希望する ☐ 希望しない
読影医への依頼コメント	



■ 画像検査予約情報

- 次の書類等を持参するようお願いください。
 1. 本紙(予約申込書 兼 ファックス送信票)
 2. 身分証明書(マイナ保険証、資格確認書等)
- 検査当日は、予約時間の15分前までに菊池病院へお越しいただくようお願いください。