

画像検査申込依頼書

医療法人社団 新生会 大阪なんばクリニック 宛

FAX：06-6648-8951

医療機関名	
所在地	
TEL/FAX	
医師名	

下記に必要事項をご記入の上、当院までFAXをお送りください。内容確認後に折り返しご連絡させていただきます。

※多忙につきご連絡が遅れる場合があります。お急ぎの場合はお手数をお掛けしますが、こちらからの連絡を待たずに当院までご連絡くださいませ。（電話番号：06-6648-8930）なお、診療時間外又は休診日の場合は翌診療日の対応となりますので、予めご了承ください。

ふりがな 患者氏名	様	生年月日	西 暦	年	月	日	
検査種	CT（単純のみ）	性別	（ 男 ・ 女 ）				
撮影部位	必要箇所に○をお付けください ※ただし関節と体幹部は一度に撮影できません		1箇所のみ○をおつけください ※MRIは一度に複数部位の撮影できません				
	頭部 頸部	頭部（ 脳 下垂体 眼窩 ）					
	胸部 腹部 骨盤部	腹部（ MRCP 肝臓 ）					
	脊椎（ 頸椎 腰椎 胸椎 ）	脊椎（ 頸椎 腰椎 胸椎 ）					
	関節（ 肩 肘 手 股 膝 足 ）	骨盤（ 子宮卵巣 前立腺 ）					
	※関節のみ左右記載必須→（ 右 ・ 左 ）	関節（ 肩 肘 股 膝 ）					
	その他（ ）	※関節のみ左右記載必須→（ 右 ・ 左 ）					
希望日時	<input type="checkbox"/> いつでも可（最短日）						
	<input type="checkbox"/> 希望日あり	①	月	日	（ ）	AM・PM	
		②	月	日	（ ）	AM・PM	
	<input type="checkbox"/> 希望曜日・希望時間帯あり						
	（下記に○×をお書きください。○のうち優先順位がある場合は①②③とご記入ください。）						
		月	火	水	木	金	土
	午前						
	午後						