

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
		性別	(男 ・ 女)			
検査種	CT (単純のみ)		MRI (単純のみ)			
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○をお付けください ※MRIは一度に複数部位の撮影ができません			
	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)	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)		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						