時間外　画像検査　申込書

依頼検査種別　　CT　　MRI

芦屋セントマリアクリニック　放射線科　宛

お申込日　　年　　月　　日

紹介元医療機関名	
電話	
FAX	

フリガナ		性別	電話 (携帯電話等日中連絡のつくところ)
氏名		□ 男 □ 女	
生年月日	年　月　日	歳	

ご希望日時	確定日時
①　月　日　時　分　;30分単位	月　日　時　分
②　月　日　時　分　;30分単位	
③　月　日　時　分　;30分単位	上記は検査開始時間です。30分前来院お願いします。

検査部位・指示

依頼検査部位詳細	ＣＴ	□ 頭部　□ 頚部　□ 胸部　□ 上腹部　□ 全腹部（肝～骨盤腔） □ その他（　　）
	ＭＲＩ	□ 頭部（MRI　MRAも含む） □ 頚椎　□ 胸腰椎移行部　□ 腰椎 ※胸椎やMRCPや肝臓、全脊椎など記載のない部位についてはお受けできません。 □ 骨盤腔　（□ 子宮・卵巣　□ 膀胱　□ 前立腺　）□ 両股関節 四肢関節の場合は選択：□ みぎ　□ ひだり　□ 肩関節　□ 肘関節　□ 手関節　□ 膝関節　□ 足関節 □ 備考　（　　）
禁忌事項	□ MRI禁忌医療器具（ペースメーカー・除細動器等）なし	
	□ 妊娠なし	

当クリニック診療日にFAXによる連絡をもって予約確定とさせていただきます。

診療時間内（月・木は19：00　火・水・金・土は17：30）は電話にてご予約をお願い申し上げます

芦屋セントマリア クリニック
ASHIYA St. MARIA CLINIC

TEL　0797-61-7211
FAX　0797-62-7212
〒659-0092
芦屋市大原町5番20号