

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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分前来院をお願いします。

検査部位・指示	
依頼検査部位詳細	CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部(肝～骨盤腔) <input type="checkbox"/> 他() ※造影CT検査は検査前日までに事前来院が必要です(採血・説明)
	MRI <input type="checkbox"/> 頭部(MRI MRAも含む) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺) <input type="checkbox"/> 両股関節 四肢関節の場合は選択 <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> ひだり <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 備考 ()
	<input type="checkbox"/> MRI禁忌医療器具(ペースメーカー・除細動器等)なし <input type="checkbox"/> 妊娠なし
	※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。

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



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