

阿蘇医療センター 検査依頼患者様用 FAX 予約申込票 (兼 診療情報提供書)

検査日時 令和 年 月 日 () ご来院の予定時間 午前・午後 時 分

<p>阿蘇医療センター検査予約受付 予約専用 FAX : 0967-34-9000 予約専用 TEL : 0967-34-0319 【 受付時間:平日 8:30~17:15 】</p>	ご紹介元医療機関名 <hr/> 診療科 <hr/> 医師名 <hr/> 電話番号 FAX 番号 <hr/> ご担当者名 () 部署 () 内線 () <hr/>
---	--

本紙による検査依頼については単純の CT および MRI のみで、後日、画像所見と CD-R 等を添付して返送致します。(当院では、検査結果について患者様への説明は致しておりませんので、ご了承願います。)
 なお、患者様への説明、あるいは造影検査をご希望の場合は、担当医宛てに通常の紹介状またはコンサルテーションでのご依頼・受診をお願い申し上げます。

*** 患者様情報・検査内容等について**

フリガナ		生年月日
患者氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (満 歳)
住所	〒	TEL () -
当院の受診歴	あり ・ なし ・ 不明	

- 検査内容** 単純 MRI 単純 CT ***MRI の場合** (体内金属 あり なし 不明)
- 撮影部位** 頭部 脊椎 () 頸部 胸部 上腹部
 下腹部 骨盤部 股関節 四肢 () その他 ()
- *画像の送付** CD-R フィルム ***遠隔読影による読影・結果報告** 要 不要
- *結果の送付** 郵送のみ FAX と郵送

傷病名	
検査目的	
現在の症状等	

***検査予約は、阿蘇医療センター 予約受付 (FAX 0967-34-9000) へ FAX していただくと、後程確認のご連絡を致します。** **【受付時間は、平日：8:30~17:15 土日・祝祭日はお休みです】**

注) MRI 検査をお受けできない方 (来院時に、検査問診表・同意書をとらせていただきます)

- ①心臓ペースメーカー (一部の種類は可能ですのでご相談ください)・人工内耳・体内神経刺激装置をご使用の方
- ②その他、体内金属および妊娠中の方、刺青をされている方、義眼の方は対応できない場合があります。
- ③極度の閉所恐怖症 (ご相談ください)・仰臥位、安静困難な方・鎮静が必要な方・意識障害がある方

* 検査内容等に関するお問い合わせは阿蘇医療センター (代表 TEL0967-34-0311) 内線 521 放射線室 までお願い致します