

**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 ( ) 午前・午後 時 分 (20分前までにご来院ください。)

<b>阿蘇医療センター検査予約受付</b> 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】	ご紹介元医療機関名
	診療科
	医師名
	電話番号 <span style="float: right;">FAX 番号</span>
	ご担当者名 ( ) 部署 ( ) 内線 ( )

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