

検査紹介患者様用 FAX 予約申込票 (兼 診療情報提供書)

検査日時 令和 年 月 日 () ご来院していただく時間 午前・午後 時 分
 検査開始予定時間 午前・午後 時 分

ご紹介元医療機関名

阿蘇医療センター検査予約受付
 予約専用 TEL: 0967-34-0319
 予約専用 FAX: 0967-34-9000
 【受付時間: 平日 8:30~17:00】

診療科	
医師名	
電話番号	FAX 番号
ご担当者名 () 部署 () 内線 ()	

*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	明・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 受け取り来院 (完成終了後連絡します)

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 検査予約受付 (0967-34-0319) へお電話していただき、検査日決定後 FAX お願いいたします。 【受付時間は、平日: 8:30~17:00 土日・祝祭日はお休みです】

注) MRI 検査をお受けできない方 (当院来院時に、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からご相談ください)・人工内耳・体内神経刺激装置を使用されている方
- 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

注) 本紙による検査予約については、非造影検査 (CT・MRI) のみ承っております。

造影検査をご希望される場合は、外来担当医宛に通常時使用の紹介状を御持参の上、受診をお願い致します。

* 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