

画像検査申し込み用紙

FAX 093-644-3510

ご紹介医療機関

医療機関名

医師名

電話番号

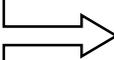
FAX番号

※ 検査前に放射線科医師による診察を行いますので、必ず紹介状をご持参下さい。

申込日 年 月 日

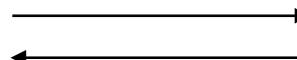
フリガナ		生	大・昭・平・令		
お名前	男・女	年	年	月	日 (才)
住所	電話 () -				
受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
診断名・検査目的等					
希望検査名 ・造影での検査を希望される場合、造影剤によるリスクの説明、喘息、アレルギー、腎機能等の確認をお願いします。 ・MR(造影)とRIにつきましては体重の記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> MR (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影・体重()kg) <input type="checkbox"/> RI()センチ・体重()kg <input type="checkbox"/> 内視鏡(上部・下部) <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 乳腺撮影					
希望日時					
第1希望	年	月	日	曜日	
第2希望	年	月	日	曜日	

画像検査予約



紹介医療機関

画像検査申し込み用紙(FAX)



画像診断センター
FAX093-644-3510

FAXにて検査日時のご連絡

平日8:30~16:30
※上記時間以外は、翌日のご連絡となります(土日は週明け)

独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院画像診断センター (受付時間 8:30~16:30)

専用電話 093-641-9248 専用FAX 093-644-3510