

紀南病院 CT・MRI申込書(画像のみ)

申 込 日	年 月 日	
医療機関名		
患者氏名	様	男 女 T・S・H・R 年 月 日生
希望検査	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI
撮影部位		
造影剤	必要	不要
画像CD-R(無料)	必要	不要
紀南病院にかかった ことがありますか	ある	ない 不明
撮影希望日時	第1希望	年 月 日 AM PM 時 分頃
	第2希望	年 月 日 AM PM 時 分頃
	第3希望	年 月 日 AM PM 時 分頃

申込先：紀南病院地域連携室 FAX 05979-3-1301

〒519-5293 三重県御浜町阿田和 4750 直通 TEL 05979-2-0500

紀南病院使用欄(結果送信欄)

様の撮影日は

年 月 日()午前・午後 時 分からです。

当日の食事は < 朝食べない・昼食べない・食べてもよい > です。

*患者様にお願い

予約の30分前には来院されますようお願いいたします。外来総合受付にて「検査依頼書在中」封筒、健康保険証、高齢受給者証(お持ちの方)、紀南病院診察券(お持ちの方)を提示してください。

予約日時に来られなくなった場合は、お早めに下記までご連絡ください。

TEL 05979-2-0500 または 05979-2-1333 (代) 紀南病院・地域連携室

紀南病院 地域連携室 TEL 05979-2-1333(代) FAX 05979-3-1301

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750

