様式1

CT・MRI共同利用申込書

申込年月日：平成　　年　　月　　日

東海中央病院			依頼元 医師名　　先生 電話 FAX		
フリガナ		性別	男性 女性	生年月日	年　月　日（　才）
氏名					
住所	〒	TEL			

診断名	
症　状	

検査希望日	月　日（　曜日）　午前・午後　時　分		
検査タイプ	□ A 撮影のみ　□ B 撮影＋読影	画像提供方法	□CD－R　□フィルム

検査　依頼検査にレ印、コード・部位をご記入ください

□CT	コード		部位		撮影内容等について具体的指示があればご記入ください
□MRI	コード		部位		
	□ 体内に金属（心臓ペースメーカー・人工心臓弁・動脈瘤クリップ等）が無いことを確認しました。				

返 信 ・ 予 約 控

先生御机下　　日付：

患者氏名　　様　予約日　月　日　□午前 □午後　時　分

（ 依頼検査 □CT □MRI ）

当日は、　時　分 までに、『メディカルサポートセンター受付』へ、本状・保険証を持ってお越し下さい。

1、保険証を確認させて頂きますのでご提示ください。

2、当院で受診されたことがある方は、当院の診察券もお持ちください。

公立学校共済組合　東海中央病院

上記予約に関するお問い合わせは、メディカルサポートセンターまで。　電話　(058) 382-2251　FAX　(058) 382-9853