

CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: _____ 先生

TEL: _____ FAX _____

フリガナ				明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 生 ()
住 所	〒 _____			TEL _____

希望検査 CT MRI RI

検査部位、内容など (_____)

造影剤使用(CT/MRIの場合) する しない

読影希望 あり なし

データ希望 要(CD ・フィルム) 不要

予約希望日 年 月 日 ()

※予約調整を行いますが、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的	
------	--