

# 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

その他            交通事故 ・ 労災 ・ 医療保険

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	
------	--