

検査申込書

年 月 日

香取おみがわ医療センター 病院長 宛

医療機関名

住 所

医師名

印

医療機器共同利用に伴う下記患者の検査を申し込みます。

1 患者情報

患者氏名	ツガナ 様 (男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)
住所		電話番号	

2 検査内容

検査日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分
検査項目	1 CT 2 MRI 3 X線撮影
検査部位	
検査目的	※ できるだけ細かく指示をお願いします。 1 ルーチン撮影 2 その他 () ※ できるだけ細かく指示をお願いします。
撮影方法	
検査結果	1 CD 2 フィルム

※ 必要事項をご記入の上、診療情報提供書と併せて患者さんへお渡しく下さい。

香取おみがわ医療センターで検査を受けられる方へ

患者氏名 _____ (男・女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1 検査内容

検査日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 午前・午後 _____ 時 _____ 分 ※ 検査時間の30分前に香取おみがわ医療センターで受付を行ってください。
検査項目	1 C T 2 M R I 3 X線撮影

2 検査当日の流れ

- (1) 受 付 総合受付で①診療情報提供書、②検査申込書、③保険証又はマイナンバーカード、④当医療センター診察券（お持ちの方）を提出してください。（検査時間の30分前まで）

※ M R I 検査を受けられる方は、検査注意事項を事前にご確認ください。

- (2) 検 査 放射線科Dブロック受付で確認後、検査を受けます。

- (3) 検査画像 検査終了後、15分程度で患者さんにC D又はフィルムで検査画像をお渡しします。

※ 検査結果や検査後の方針についての説明は、依頼元医療機関から行います。

- (4) 終 了 会計を香取おみがわ医療センターで行った後、C D又はフィルムをお持ちになりお帰りください。

3 予約変更、お問い合わせ

月曜日～金曜日（祝日及び年末年始を除く）午前8時30分～午後5時

香取おみがわ医療センター 放射線科

電話番号：0478-82-3161（内線1921）

※ 予約変更を行った場合は、依頼元医療機関に診察日の確認をお願いします。

依頼元医療機関連絡先