

FAX 初診予約依頼票 (放射線科専用)

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
受診歴	有・無	当院ID番号	※受診歴のある方はID番号をご記入ください。
フリガナ			
住所	〒 ー		
電話番号	()		
御紹介元 医療機関名			
TEL			
FAX			
検査予約日	年 月 日	予約時間	(RIは注射の時間)
検査項目	CT	MRI	RI その他 ()
撮影部位		デバイス情報 (ペースメーカー・ICD・人工内耳)	有・無
臨床診断、臨床経過等			

三重中央医療センター 地域医療連携室 FAX 059-259-0771

※デバイス情報有りの場合、MRIは検査できません。CT・RIはデバイスが撮影範囲に入る場合
検査できません。