

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			男・女	生年月日	明・大・昭・平		
患者氏名					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