**【画像検査申込書】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご依頼元  医療機関名 |  | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年齢 |
| 患者氏名 |  | 年　　月　　日 |  |
| 連絡先 |  | | |
| **検査日時** | **年　　月　　日　　午前・午後　　時　　　分** | | |
| 種類 | MRI（非造影）　・　CT（非造影）　・　超音波　・核医学 | | |
| 検査部位 |  | | |
| 検査目的 |  | | |
| 特記事項 | 読影結果の電話連絡希望　　無　・　有　・　至急 | | |

１．**０２９－８８８－９２１３**（当院　画像診断受付）におかけになり、検査日時を予約してください。

２．この書類を患者様にお渡し下さい。

３．患者様は、来院時に、この書類を当院総合受付にご提出ください。

検査に関してご不明な点は遠慮なくご相談下さい。

茨城県立医療大学付属病院

電話：029-888-9200（代表）

読影担当：放射線診断専門医　山口　雅之　（内線6310）