

# MRI・CT 検査予約表（外部依頼用）

様

検査日時：西暦 年 月 日（ ）

来院時間： 午前・午後 :

検査時間： 午前・午後 :

当日は、検査前の問診があります。下記のものをご持参ください。

尚予約時間に遅れますと、検査が遅れ、当日できなくなることもあります。

都合で遅れる場合、来院できない場合は必ず連絡をお願いします。

MRI・CT 検査予約表（外部依頼用）※本様式

診療情報提供書（MRI・CT 画像依頼）

MRI 検査前チェックシート（MRI 依頼のみ使用）

熊本託麻台リハビリテーション病院

TEL (096) 381-5111 (外来)

FAX (096) 381-3110 (事務局)

Ver.6