ＣＴ・ＭＲＩ　検査依頼申込書

送信先　新潟医療センター 地域医療連携室　　直通FAX （０２５）２３２－１２４６

予約対応時間は 平日8:30～16:30 となります。左記以外の時間は翌日以降のお返事になります。

紹介元医療機関	様
TEL （　　） －	FAX （　　） －

検査名	ご希望の検査名に○印をお付けください
ＣＴ 部位（　　） 読影依頼 （ 無 ・ 有 ）	**MRI** 部位（　　） 読影依頼 （ 無 ・ 有 ） ※事前に禁忌事項の説明をお願いします

※共同利用ではCT検査、MRI検査ともに、造影検査や心臓検査には対応しておりません。

診断	
撮影指示	ルーチン　（　　） その他（追加、及び具体的指示）

希望日	いつでも	第1	月　日　AM・PM	第2	月　日　AM・PM

患者情報	ふりがな 氏　名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年　月　日（　歳）	
住所			
電話			

（ R6.9.1 版 ）