宛先： 宮城県立がんセンター地域医療連携室

TEL 022-384-3151(代)内線123　022-381-5152(直通)

ＦＡＸ番号　　０２２－３８１－１１６９　地域医療連携室

画 像 診 断 予 約 申 し 込 み 書

（CT・MRI・RI検査）

【紹介元情報】　　令和　　年　　月　　日

医 療 機 関 名 ：

連絡先　TEL：

FAX：

医師名：　　先 生

がんセンター記入欄

予約検査	（依頼検査に☑をつけてください）
X線CT	□頭部　□頭頸部　□胸部　□腹部　□骨盤 □胸腹部　□胸部～骨盤　□上肢　□下肢　□その他（　　）
MRI	□頭部　□頭頸部　□胸部　□腹部　□骨盤　□乳房 □脊椎　□上肢　□下肢　□その他（　　）
RI	□骨シンチ　　□その他（　　）
検査予約希望日	①　令和　　年　　月　　日（　　） ②　令和　　年　　月　　日（　　） ③　令和　　年　　月　　日（　　）
ふ り が な	
患 者 氏 名	様
性　別	1. 男性　　2. 女性　　年齢　　歳
生 年 月 日	西暦・大正・昭和・平成　　年　　月　　日
住　所	電話　　（　　）
当 院 受 診 歴	1. 有　　2. 無　　3. 不明
備 考 ：	

＊予約したい検査と部位・希望日を記入の上、FAXで送信してください。

＊紹介医療機関様からFAX受理後、当院から診療予約票と、留意点の書かれた用紙をFAXしますので、患者さんにお渡し願います。

＊予約時間は原則　RIは火・水・木の9時、　CTは月・金の10時、MRIは月曜日の13時・15時半、金曜日の13時・14時半になります。

がんセンター記入欄 予 約 日	令和　　年　　月　　日（　　）