

CT・MRI検査依頼書

| | | | |
|--|--|--------|---------------------------------------|
| 予定日：令和 年 月 日 () 時 分 | | CT・MRI | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) 男・女 |
| 患者氏名 | | | |
| 患者様電話番号 | | | |
| 医療機関名 | | | |
| 備考 | | | |

※上記項目を記載し、当院へFAXして頂いた後、患者様へお渡ししてください

検査を受けに来られる患者様へ

○当日は上記の検査開始時刻30分前までに当院へお越しください

※時刻を過ぎますとその日の撮影をお断りする場合がございます

○検査の受付は、1階です。

正面玄関より入ってすぐ左へ曲がって、3番までまっすぐお進みください

※2F受付ではなく、放射線科受付に紹介状を直接お持ちください



正面玄関



社会医療法人 善仁会

宮崎善仁会病院

〒880-0834 宮崎市新別府町江口950番地1

TEL: 0985-26-1599

FAX: 0985-26-1533