

# 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 男・女 ( 歳)
患者氏名			
患者様電話番号			
医療機関名	(tel )		
備考			

※上記項目を記載し、当院へFAXして頂いた後、患者様へお渡しください

## 検査を受けに来られる患者様へ

- 検査時間の変更やご質問があるときは紹介元の医療機関様へご連絡ください
- 当日は上記の検査開始時刻の**30分前まで**に放射線科にて受付をお済ませください  
※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階の放射線科受付**に紹介状を直接お持ちください  
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



**1階正面玄関**



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:0570-02-1599(ナビダイヤル)

FAX:0985-26-1533