

CT・MRI 検査予約票

(フリガナ)	
氏名	様
日付	令和 年 月 日 ()
時間	午前・午後 時 分
診療科	放射線科

●医療機関へ

お電話にてご予約後、こちらの用紙に予約日時をご記入の上患者様へお渡しください。

『診療情報提供書 兼 CT・MRI 検査依頼書』は当院へ FAX 送付後、原本を患者様へお渡しください。

●患者様へ

当日は下記をご持参のうえ、予約時間よりもお早めに 1F 受付カウンターまでお越しください。

- CT・MRI 予約票 (この用紙)
- 診療情報提供書 兼 CT・MRI 検査依頼書 (原本)
- 健康保険証
- 診察券 (お持ちの方)

医療法人徳洲会 鹿児島徳洲会病院
〒891-0122 鹿児島市南栄5丁目10番地51
TEL 099-268-1110 (代表)