

F A X 検 査 予 約 申 込 書

(1 枚目)
(FAX送信用)

松戸市立総合医療センター
地域連携室 行
診療科

科

年 月 日	
紹介元 医療機関名	
住所 〒	
T E L	()
F A X	()
医師名	

フリガナ		性別	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様	男・女	年 月 日生 () 歳
住 所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯	()
受診歴	(有・無)		

・検査予約日 年 月 日 (曜日) 時 分

検査項目を○で囲んでください。	
● 放射線科(部位を記入してください。) ・CT (単純・造影) ・MRI(※1)(単純・造影) ・骨密度測定(※2)	● 消化器内科 ・腹部エコー ・胃内視鏡検査

※1 MRI検査につきましては1検査1部位でお願いいたします。

※2 骨密度測定についての注意事項

- ・検査部位付近に体内金属がある場合は、お知らせください。
- ・骨密度検査前に造影剤使用検査は行わないでください。
- ・RI 検査後は1週間以上あけてください。

検査予約の際は予約状況の確認を直接電話で地域連携室へ連絡してください。

・F A X 受付時間 午前8時30分～午後5時(平日)

松戸市立総合医療センター 地域連携室

FAX	047-712-2573
-----	--------------

TEL 047-712-0685 (予約直通)