

八戸赤十字病院 画像診断 予約票

医療機関： _____

_____ 先生 机下

いつも大変お世話になっております。この度は、画像診断共同利用システムにお申し込み頂き誠に有難うございます。

FAX で御紹介頂いた _____ 様は、
下記の予約となりました。

月 日 時 (検査)

月 日 時 (検査)

注意事項：

患者様へ

- *当日は、検査開始 30 分前に当院 8 番ブロック受付に当予約票と保険証及び画像診断申込書（診療情報提供書）の原本、MR I 検査をされる場合は、ご確認・ご記載頂いた MR I 検査案内、読影用の情報提供書を渡された方はその書類、当院の診察券をお持ちの場合はその診察券もお持ちになってお越し下さい。簡単な問診を行った上で、御案内致します。
- *当日検査後には、患者様に速やかにお申込みのあった画像媒体（フィルム・CD-R）をお渡し致します。

..... 切り取り

紹介元（連携医療機関）様 控え

_____ 様

月 日 時 (検査)

月 日 時 (検査)

- *読影を希望される場合は、2 週間以内に読影結果を郵送致します。
- *御手数ですが、上記内容に関しましては、貴施設より患者様に御案内下さいませようお願い申し上げます。