

患者基本情報

医療法人伯鳳会

はくほう会加古川病院
検査予約受付

直通FAX 079-438-1258

電話 079-438-0621(代表)

ダイヤルイン 079-438-6821

検査予約受付 内線 7300

医療機関名	センター 病院 医院 クリニック
フリガナ	
患者氏名	(男性 / 女性)
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日
検査日時	CT (単純 / 造影) 月 日() 時 分
	MRI (単純 / 造影) 月 日() 時 分
検査部位	※CT・MRI造影検査の場合、腎機能の評価が必要です。 3ヶ月以内のeGFR _e が30以下は検査できません。
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤・股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()
備考欄 緊急連絡先等	