

CT・MRI共同利用依頼書〈西福岡病院行き〉

※ご記入後、最下段のFAX番号へ送信をお願いします。

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名

患者氏名（フリガナ）	生年月日
男・女	年 月 日生 歳
電話番号	— —
住所	〒

検査日	月	日（ ）
検査予定時間	（午前・午後）	時 分
※検査時間15分前にはご来院ください		

検査区分（検査の内容にチェックをお願いします）	
☐ CT（単純のみ）	※単純検査のみで、造影剤の使用は出来ません
☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤 ☐ 四肢 ☐ その他（ ）	
☐ MRI（単純のみ）	※単純検査のみで、造影剤の使用は出来ません
☐ 頭部 ☐ 頭部MRA ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 四肢（ ）	
☐ 脊椎（ ☐ 頸椎 ・ ☐ 胸椎 ・ ☐ 腰椎 ） ☐ その他（ ）	

疾病名（検査目的）

経過・病歴・その他

下記の確認をお願いします

●MRI撮影ができない方●

- ・ペースメーカー装着中の方
- ・人工内耳の方
- ・妊娠中の方
- ・体内に金属が入っている方

医療法人 西福岡病院

〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8

休診日（日祝日・年末年始）

予約受付時間：月～金9:00～17:00 土9:00～12:00

予約受付電話番号

092-881-1559（放射線科直通）

FAX番号

050-3730-4538（地域連携室直通）

CT・MRI共同利用依頼書〈本人用〉

紹介元医療機関名	診療科名	ご担当医師名

患者氏名 (フリガナ)	生年月日
男・女	年 月 日生 歳

検査日	月	日 ()
検査予定時間 (午前・午後)	時	分
※検査時間15分前にはご来院ください		

検査区分 (検査の内容にチェックをお願いします)	
☐ CT (単純のみ)	☐ MRI (単純のみ)
※単純検査のみで、造影剤の使用は出来ません	

【持参するもの】

健康保険証もしくはマイナ保険証、CT・MRI共同利用依頼書〈本人用〉

- 当日の検査所要時間は約1時間程度です。
(診療の都合でお待たせする場合もございます)
- 受付・診療等がございますので、検査予約時間の15分前までにはご来院ください。
- 予約時間に遅れる際や検査日を変更する際は、予めご連絡くださいますようお願いいたします。

※別紙に西福岡病院周辺マップがございます

医療法人 西福岡病院

〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8

休診日 (日祝日・年末年始)

予約受付時間：月～金 9:00～17:00 土 9:00～12:00

予約受付電話番号

092-881-1559 (放射線科直通)

FAX番号

050-3730-4538 (地域連携室直通)

- 当院ホームページを開いていただき、ページ最上段の「アクセス」をクリックください

〒819-8555 福岡市西区生の松原3-18-8