

桜十字病院 画像検査依頼書（患者さま用）

紹介元			
医療機関名		TEL	

患者さま情報					
ふりがな		性別	桜十字病院受診歴		
氏名		男 女	生年 月日	大・昭 平・令	有 無 年 月 日

検査日時	年 月 日 ()	時 分
☐ MRI 検査		☐ CT 検査

検査は予約制となっております。

検査当日は、下記をご持参の上、検査時間の30分前（造影は1時間前）に外来受付へお越し下さい。

■画像検査依頼書(患者さま用) ■保険証 ■同意書（造影検査の方）

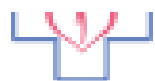
妊娠中・妊娠の可能性のある方は、お申し出ください。



桜十字病院

〒861-4173

熊本県熊本市南区御幸木部1丁目1番1号



安下才病院

電話 096-378-1111(代表)
FAX 096-387-1139