

各種検査 撮影依頼書

検査依頼日 平成 年 月 日

貴医療機関名		住所	
TEL	- -	FAX	- -

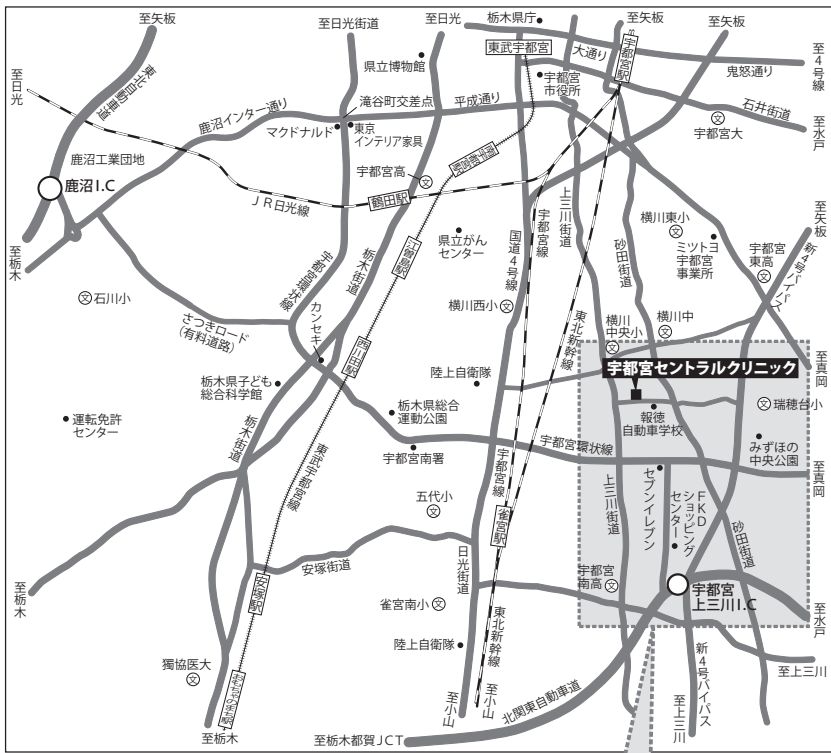
ふりがな		性別	男・女
患者氏名	様		
生年月日	M T S H 年 月 日 (満 才)		
連絡先	- -	結果返信方法 <input type="checkbox"/> Web配信 <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 写真紙	

撮影予約日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
検査装置	1.レントゲン 2.MRI 3.CT 4.骨密度検査
撮影部位	椎体 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 肩関節 (右 ・ 左) 肘関節 (右 ・ 左) 股関節 (右 ・ 左) 膝関節 (右 ・ 左) 手関節 (右 ・ 左) 足関節 (右 ・ 左) 四肢骨 () その他()
診断書発行の有無	1.希望する 2.希望しない
臨床診断名 主要症状	
現在までの症状および治療経過	

※より正確な診断を得る為に、他の検査を追加させて頂く場合がありますので、ご了承ください。

※造影剤を使用させて頂く場合もありますので、事前に既往歴の確認をお願い致します。

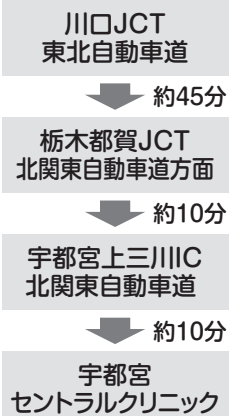
〒321-0112 医療法人DIC 宇都宮セントラルクリニック
栃木県宇都宮市屋板町561-3 TEL:028-657-7303 FAX:028-657-7301



アクセス方法

- 電車をご利用の場合
JR大宮駅よりJR宇都宮駅まで東北新幹線で約30分。
または、快速列車で約1時間。
JR宇都宮駅よりタクシーで15分。
- バスをご利用の場合
JR宇都宮駅(西口)9番のりば85番上三川行きバス
ことぶき会館前下車。JR宇都宮駅より約20分。
- 自動車をご利用の場合

■首都圏方面■



■茨城方面■



- 診療受付時間 平日・土曜日 AM9:00 ~ AM11:45 / PM2:00 ~ PM5:45
日曜日 AM9:00 ~ AM11:45
- 休診日 祝祭日・日曜日午後



医療法人DIC

宇都宮 セントラルクリニック

〒321-0112 栃木県宇都宮市屋板町561-3
 TEL 028-657-7300 FAX 028-657-7301
 PETセンター直通:
 TEL 028-657-7306 FAX 028-657-5250
 URL: <http://www.ucc.or.jp/>