

放射線検査依頼票 CT 用

医療機関名 _____ 依頼医師 _____ 先生

フリガナ	
患者氏名	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	
電話	- -
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

平成 年 月 日 () 時 分からの CT 検査です。

診断名 (疑い病名) : _____ 症状と検査目的 :
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 整形外科領域, その他 (部位 : _____)
感染症 (+ / -) ペースメーカー (+ / -) 妊娠 (+ / -)

検査予約受付 TEL 070-6575-8620
FAX 045-371-2676
(平日 9:00~12:00, 13:00~17:00、土曜日 9:00~12:00)

- 申し込み手順①上記の電話にて予約をお取りください。
②予約後、本用紙を当日中に FAX にてご送付ください。
③患者様には「放射線検査予約票」をお渡しくください。