

放射線検査依頼票 CT 用

《依頼元》

医療機関・施設名 _____ 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

 頭部 頸部 胸部 腹部 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。