

CT 検査依頼票（診療情報提供書）

____年 ____月 ____日

《依頼元》

医療機関・施設名

依頼医師 _____ 科 _____ 先生

フリガナ			
患者氏名	男 ・ 女		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 歳
住 所			
電 話	携帯 ・ 固定	—	—
当院受診歴	☐ 有 ☐ 無		
身長	cm	体重	kg

令和 ____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（土日祝日を除く）

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「CT 検査予約票」をお渡しくください。