



TEL 0798-40-5222 FAX 0798-40-5211

申込日 年 月 日 CT検査申込書 (紹介状・診療情報提供書)

フリガナ	
お名前	さま
電話番号	TEL (- -)
性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳)

貴医療機関名
ご担当医師名
TEL (- -)
FAX (- -)

○を付けてください
 社保・国保・生保・交通事故・労災・自費・その他

診察番号
 当院受診歴 不明 無 有 ()

検査希望日 いつでもよい 第一希望 月 日 (AM PM)
 第二希望 月 日 (AM PM)

検査項目 該当する検査項目に をしてください

単純CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 上肢()	<input type="checkbox"/> 下肢()		
	<input type="checkbox"/> 他部位()			

現在、当院では造影CTはおこなっておりません

検査目的 ※具体的な症状・検査目的のご記入をお願いします

ご予約はFAXでお願い致します。

申込書送信 FAX 0798-40-5211

- ◇ 検査申込書にご記入いただき、FAX 送信をお願いします。
- ◇ 検査申込書を封入の上、当日お持ち頂けるよう患者さまへお渡しいたいただき、検査日にご持参いただくようお願いください。
(CT検査申込書を診療情報提供書として代替しますので、別途診療情報提供書は不要です。)
- ◇ 『検査予約票』に検査のご案内や当院案内図の記載がございます。患者様へお渡しください。

*検査予約は、独歩もしくは車椅子(付き添い有り)の方に限ります。

上記以外の方は、お電話でお問い合わせください。

画像 CDは当日お渡し、検査後1週間程度で結果報告書をFAXします。至急の場合は予約時にお申し出ください。