

CT検査依頼書

【予約受付時間】

平日 8:30~17:00

土曜 9:00~11:30

令和 年 月 日

 南信州ハートクリニック

TEL : 0265-21-0810

FAX : 0265-21-0811

南信州ハートクリニック 宛

【紹介元医療機関】

医療機関名 :

医師名 :

所在地 :

電話番号 : - -

FAX番号 : - -

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日生
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令		(満	歳)
住所	(〒 -)	電話番号		-	-		
検査区分	CT	※単純のみ		読影依頼	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰・仙)					
	<input type="checkbox"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 膝 (右・左)					
	<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)					
	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・胆・膵)	<input type="checkbox"/> 四肢 (右・左)					
	<input type="checkbox"/> 腎臓 ()	<input type="checkbox"/> その他 (部位:)					
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()						
臨床診断名							
検査目的							
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす						
検査希望日	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 至急 (お問合せ下さい)						

※ ご予約の際は、この用紙をFAXした後、当院までお電話下さい。

※ 検査用カルテを作成致しますので、健康保険証のコピーを併せてFAX願います。

※ 撮影時間帯は平日終日 (金曜日定休日) 土曜午前となります。(緊急時はお問い合わせ下さい)

※ CD-ROMは、特に指定が無い場合は患者様にお渡しします。