

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**。(0263-21-0810:診療時間内対応)

※ 撮影時間帯は当院診療時間内(金曜日定休日)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ます。