

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		☐ 男	生 年	☐ 大 ☐ 平	年	月	日生
患者氏名		☐ 女	月 日	☐ 昭 ☐ 令		(満	歳)
住 所	(〒 -)	電 話 番 号		- -			
検査区分	CT	※単純のみ		読影依頼	☐ する ☐ しない		
検査部位	☐ 頭部 ()			☐ 脊椎 (頸 ・ 胸 ・ 腰 ・ 仙)			
	☐ 頸部 ()			☐ 膝 (右 ・ 左)			
	☐ 胸部 ()			☐ 肩 (右 ・ 左)			
	☐ 上腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵)			☐ 四肢 (右 ・ 左)			
	☐ 腎臓 ()			☐ その他 (部位 :)			
	☐ 骨盤腔 ()						
臨床診断名							
検査目的							
移動方法	☐ 歩行 ☐ 車いす						
検査希望日	☐ 年 月 日 ☐ 希望無し ☐ 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。