

CT 検査依頼票

【宛先】 増子記念病院

(地域医療連携室行)

TEL 052-451-1305

FAX 052-451-1347

申込日

年

月

日

医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

依頼医氏名

依頼票 (太枠内を必ずご記入ください)

フリガナ				西暦 / 大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
住 所	〒 -	連絡先	昼間	
			夜間	
検査希望日	① 令和 年 月 日 ()	午前	午後	
	② 令和 年 月 日 ()	午前	午後	
	③ 令和 年 月 日 ()	午前	午後	

※希望される検査項目へチェックをお願いします。(複数ある場合、検査日を分けさせていただきます)

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾・腎のみ <input type="checkbox"/> 全体・骨盤含む	
	<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"/> その他 ()		
検査目的 (撮影方向・具体的部位)			
返却方法	画像は当日CD-Rをお渡しします。読影結果は、後日郵送とさせていただきます。		

予約確認表 (貴院用)

貴院からご紹介いただきました患者様の検査日時が決まりましたので、ご連絡申し上げます。

予約(検査)日時 令和 年 月 日 () 時 分 ~

※予約時間の30分前に受付窓口にお越しく下さい

増子記念病院 地域医療連携室 TEL 052-451-1305 FAX 052-451-1347

FAXは24時間受付けておりますが、17時以降・休日についてはお返事が翌診療日になる場合がありますので、ご了承ください。

※ご不明な点がございましたら地域医療連携室までご連絡ください。万一、予約確認票が届かない場合はお手数ですがご連絡ください。