

CT検査予約申込書 兼 診療情報提供書

送信日:平成 年 月 日

医療法人社団史世会 町田胃腸病院
放射線科 行
TEL:042-726-6511(代表)
FAX:042-726-8893(専用)

紹介元
医療機関名
所在地
TEL/FAX
医師名

検査予約日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
-------	------------------------

※お電話にて決定した日時をご記入ください。

【患者様情報】

ふりがな		住所	〒
患者様氏名	男 女		
生年月日	大・昭・平 年 月 日	TEL	
当院受診歴	なし 有り (年 月頃)		

【予約内容】 ※該当する項目に☑をつけてください。

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨(頸椎、腰椎、骨盤)
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ※造影剤使用の場合は「同意書」もお願いいたします。 なお、造影剤使用の場合は食事不可ですので患者様にご指示ください。
傷病名	
主訴・検査目的	

【検査結果報告】

画像	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 DVD、フィルム出力の場合費用が加算されます。
読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※読影結果はFAX後、郵送させていただきます。

お電話で検査予定日時が決まりましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日は患者様がお持ちになってください。

予約受付時間 : 月曜日～土曜日(木曜日を除く) 午前8時30分～午後5時30分
木曜日 午前8時30分～午後1時

町田胃腸病院 放射線科予約受付 TEL:042-726-6511(代表) FAX:042-726-8893(専用)