

画像診断検査依頼書 C T

紹介元 医療機関名称		電話番号	
医師名		FAX 番号	
氏名		検査日時	
生年月日		20 年 月 日 ()	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	午前・午後	時 分
電話番号			
臨床診断		撮像部位 ※詳細部位	
病歴及び検査目的		頭部	}
		胸部	
		腹部	
		骨盤	
		関節・骨	}
	その他		

《注意事項》

- ・検査はすべて予約制ですので、放射線科受付（内線120）にお電話のうえ、検査日時を決定して下さい。
- ・検査日時が決定した後、この画像診断依頼書に必要事項を記入の上、当院地域医療連絡室に FAX して下さい。（FAX 072-336-7053）
- ・上記必要書類の原本は、検査当日に患者様にご持参いただくよう、又検査時間 30 分前までに来院されるよう、ご説明下さい。