社会医療法人垣谷会　明治橋病院　　　　FAX　072-336-7053

画像診断検査依頼書　ＣＴ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □　男 | □　女 | **午前・午後　　　　　時　　　　　分** |
| 電話番号 |  |
|  |
| 臨床診断 | 撮像部位 | ※詳細部位 |
| 頭部 |  |
| 胸部 |
| 病歴及び検査目的 | 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。

社会医療法人　垣谷会　明治橋病院　　　放射線科　　　　　　　電話：072-334-8558（内線120）

FAX：072-336-7053（地域医療連携課）