

CT検査申込書(FAX予約用)

フリガナ
患者氏名 _____ 男・女

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 _____ TEL _____

①検査部位 *該当する検査部位1つにチェックを入れて下さい。

- 頭部(脳) 頸部 頸椎 肩 (R・L) 大腿 (R・L) DIC-CT
- 眼窩 胸部 胸椎 上腕 (R・L) 膝 (R・L) 歯科用インプラント
- 副鼻腔 上腹部 腰椎 肘 (R・L) 下腿 (R・L)
- 中耳(内耳) 下腹部 骨盤骨 前腕 (R・L) 足関節 (R・L)
- 鼻骨 上下腹部 股関節 手関節 (R・L) 足部 (R・L)
- 手指 (R・L) 下肢 (R・L)

- 単純 単純+造影 (造影剤同意書・問診票を必ずご記入下さい。)
 (様式3・様式4)

②検査目的

| | |
|--------|--|
| 都合の悪い日 | |
|--------|--|

| | |
|----------------|--|
| 検査後の診察 必要 ()科 | ※検査後の診察をご希望される場合のみ、必要に○をしてください。 なお、診察当日に診療情報提供書のご持参をお願いします。 |
|----------------|--|

③撮影条件・範囲、画像の再構成など詳細な指示がある場合はご記入下さい。

医療機関名

紹介医

住 所

TEL _____ FAX _____

[三田市民病院記入欄]

患者ID _____

放・脳・()科 _____ 先生

予約日時 _____ 月 _____ 日 () _____ :