

石切生喜病院 CT検査 予約依頼書

希望日：

紹介状（診療情報提供書）も添えてご返信ください。

医療機関名：

医師名：

●患者基本情報（当院受診歴ある場合、IDも記載して下さい ID: ）

フリガナ	生年月日
患者氏名 様 男・女	年 月 日

・ペースメーカー なしあり

●CT検査部位 *ありの場合はペースメーカー手帳を検査当日にお持ちください。

・妊娠 なし

- ・頭部
- ・副鼻腔
- ・眼窩
- ・鼻骨
- ・側頭骨
- ・頸部
- ・胸部（肺縦隔）
- ・上腹部
- ・骨盤腔
- ・上腹部～骨盤腔
- ・頸椎
- ・胸椎
- ・腰椎
- ・四肢（ ）
- ・その他（ ）

※折り返し、予約票をFAX致します。患者様に紹介状・検査データ・画像等と予約票をお渡し頂き、当日、初診受付に提出頂きますようお願い致します。

石切生喜病院 地域医療連携室

直通TEL： 072-988-3284

直通FAX： 072-988-3624

予約受付時間（日・祝日除く）

月～金 9：00～17：00

土 9：00～12：00