

単純CT検査 検査依頼書

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《放射線科控》

紹介医療機関情報	依頼日	年	月	日
名称				
TEL	依頼医師名			

紹介患者情報	貴施設ID			
氏名(フリガナ)	生年月日	年	月	日
氏名(漢字)	性別	男	・	女
住所	TEL			

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

検査目的(既往歴・症状・治療経過など)

検査部位
<input type="checkbox"/> 頭頸部
<input type="checkbox"/> 胸部
<input type="checkbox"/> 腹部(腎まで・恥骨まで)
<input type="checkbox"/> その他
<input type="text"/>
【特記事項】
<input type="text"/>

注意事項

- * 腹部の検査の場合は患者様に前処置(絶食)の指示をお願いします。
- * 検査の画像データは会計時にCD-R形式にて患者様にお渡しします。
- * 検査の所見は後日となります。所見が出来上がり次第お届けします。

天理市立メディカルセンター
FAX 0743-63-1825

単純CT検査 予約票

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《患者様控》

紹介医療機関情報	依頼日	年	月	日
名称				
TEL	依頼医師名			

紹介患者情報	貴施設ID			
氏名(フリガナ)	生年月日	年	月	日
氏名(漢字)	性別	男・女		
住所	連絡先			

検査予約日時	年	月	日	時	分
食事制限	なし ・ 絶食 (朝食 ・ 昼食)				

- * 朝食絶食・・・前日午後9時以降より制限してください。
- * 昼食絶食・・・当日午前8時以降より制限してください。
- * 普段の薬は服用してください。

●検査を受けられる方へ

- * 検査時間の20分前までに病院受付にお越しください。
- * 受付にはこの用紙を提示してください。
- * 受付が終了しましたら、CT室前にお越しください。
- * 検査の内容や状況によりお待ちいただく場合がございますが、ご了承ください。
- * キャンセルや変更等ございましたら、お早めにご連絡ください。