

CT 検査申込書 診療情報提供書

伊藤クリニック CT 検査室 宛
FAX **072-330-1371**
TEL 072-332-0045

▼ 下記太枠内をペン・マーカー等でしっかりとご記入ください。

当院受診歴 無 有 当院 ID

患者状況 入院中 外来 その他

ご紹介施設名

ご住所

電話番号

FAX 番号

ふりがな
患者氏名

ご住所

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
性別 男・女 年齢 歳

電話番号
FAX 番号

CT 検査希望日

- 第1希望日 月 日 () (午前 or 午後)
 第2希望日 月 日 () (午前 or 午後)
 都合が悪い日 月 日 ()
 いつでも可

CT 検査予約日時

年 月 ()
(時 分より)

※伊藤クリニックにて
記載致します。

検査当日は、予約時刻の **30 分前**
までに来院し、受付にて、**この書類**
と **保険証、同意書**を提示してください。

診断名

現病歴・既往歴・処方内容・経過等

妊娠の可能性 (有・無) 妊娠の可能性のある方の CT 検査は出来ません。

撮影部位

- 頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部
 四肢・関節 (部位:左・右) その他 ()

撮影条件

- ルーチン ルーチン以外 (希望内容:)

検査目的

- ()

来院方法

- 歩行可 車いす 介護タクシー(車いす・スリッパ) 救急搬送 (行政・病院所有・民間)
 その他 ()