ＣＴ検査依頼用紙

申込日 平成　　年　　月　　日

ご紹介元医療機関
名称 住所　〒 診療科、医師名 FAX番号 電話番号

患者様情報			
ふりがな	性別　　男 ・ 女		
氏名	年齢　　歳	年　　月　　日生	
住所　〒			
自宅電話番号　　－　　－	携帯電話番号　　－　　－		

希望日時	年　　月　　日　　時

1．依頼内容	CT撮影　単純
2．部位　　※お願い　1日1部位にてお願いします。	
頭部	□脳　　□眼窩部（骨）　　□眼窩部（軟部組織） □副鼻腔　　□3D-CTアンギオ（造影にて脳血管が見れます。）
頚部	□甲状腺　　□軟部組織
胸部	□肺野　　□縦隔　　□大動脈
腹部	□肝～膵　　□肝～腎　　□全腹部　　□下腹部
骨格	□頚椎（　～　番）　□胸椎（　～　番）　□腰椎（　～　番） □骨盤　□他（　　）
その他	□（　　）
3．備考	

受付時間　09:00～11:30　13:00～17:00（日、祝は休み）FAXは24時間稼動

医療法人尚和会　宝塚第一病院　**FAX　0797－87－9606**　TEL　0797－84－8811（代表）

当院使用欄

ID:　　事務部担当:　　外来担当: