

CT(単純)検査予約依頼票

FAX 送信・病院提出用

石岡第一病院 医事課あて
(FAX 送信後、電話連絡をお願いします)

年 月 日

医療機関名
電話
FAX
御担当医

フリガナ
患者氏名 _____ 男・女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____

保険者番号 _____

記号 _____

番号 _____ 本人・家族

公費負担番号 _____

電話番号 _____

受給者番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

第一希望検査日時 年 月 日 午後

第二希望検査日時 年 月 日 午後

第三希望検査日時 年 月 日 午後

原則として 15:00,15:30 または 16:00 となります。

当院の都合により他の日時での予約とさせていただきます場合があります。

検査目的及び臨床所見を詳細にご記入下さい。[楷書ではっきり詳細に記入ください]

感染症 HBs・Ag (+ -) HCV (+ -)

ご依頼検査 項目の□にチェック及び記入をお願いします。

頭頸部 【 頭部・聴器・眼窩・副鼻腔・頸部・顎関節・咽頭喉頭・甲状腺 】

胸部 【 胸部・胸腹部 】 全腹部 骨盤腔 鎖骨 胸骨

脊椎 【 頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾骨 】

上肢 【 肩関節・肩甲骨・上腕・肘関節・前腕・手関節・手 】

下肢 【 股関節・大腿骨・膝関節・下腿・足関節・踵骨・足部 】

その他の部位 (_____)

読影(撮影後 1 週間程度で FAX させていただきます) 読影不要 読影希望

公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

受付時間 平日 9:00~16:30 土曜日 9:00~11:30

電話 0299-22-5151 FAX0299-23-8334