

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（祝日は除く）

月～9：00～19：30

土 9：00～12：00