

CT検査申込書

ご紹介くださる医療機関様へ … CT検査の予約後に下記の太線内の項目を記入のうえ
FAXにてお申込下さい。

仁厚会病院 FAX 046-221-5309

フリガナ 患者名		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	才 年 月 日	
住所			TEL		
保険者番号		記号		番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
紹介医療機関			紹介医名		
紹介医療機関電話番号					

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

検査日時	平成	年	月	日	()	時	分
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> その他 ()
撮影範囲							
病名							
保険適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
検査目的							
特別指示							
臨床診断							
読影 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※読影は毎週水曜日の午前中に行っております。							
①10分ほど静止できる患者様ですか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない							
②妊娠またはその可能性がありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。

※ 腹部検査の方で午前検査の方は朝食を、午後検査の方は昼食をとらないで下さい。

当院記入欄

ID _____

会計	完了