

# 診療情報提供書 (C T申込書)

(予約専用) 048-623-5427

申込日

(代表番号) 048-623-1101

年 月 日

放射線科内線1170

医療機関名

医師氏名

住所

電話番号

FAX番号

患者氏名	フリガナ	男・女	明・大・昭・平・令	
			年 月 日 ( 歳)	
患者住所	〒	電話番号		
検査予約日時 年 月 日 ( ) 時 分				
CT	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 単純 + 造影	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤
		<input type="checkbox"/> その他 ( )		
		読影 有 ・ 無		
臨床診断あるいは症状をご記入ください				

ご不明の点がございましたらご連絡ください。



医療法人 三慶会 指扇病院

〒331-0074 埼玉県さいたま市西区宝来1295-1

電話 048-623-1101 (代)

FAX 048-624-8539

# CT 検査予約票

検査予約日時

年 月 日 ( 曜日 ) 時 分

## CT 検査を受けられる方へ

1. 検査当日は予約時間の20分前までに、本票と保険証をご持参のうえ外来受付にお越し下さい。
2. ご来院できない場合はお早めにご連絡下さい。
3. 緊急検査の状況により検査時間が前後する場合がございます。ご了承下さい。



 医療法人三慶会 指扇病院  
〒331-0074  
さいたま市西区宝来 1295-1  
電話 048-623-1101 (代)