

診療情報提供書(CT依頼用)

ID: _____ (本院記入)

紹介先医療機関名: 多摩脳神経外科 行

TEL: 044-931-0020

FAX: 044-931-0021

紹介元医療機関名称:

所在地:

TEL/ FAX: - - / - -

医師名:

予約希望日 1: 平成 年 月 日 AM・PM

予約希望日 2: 平成 年 月 日 AM・PM

予約希望 無し

FAX受領後折り返し電話連絡させていただきます。

保険者番号							
被保険者の記号・番号	.						
保険者との続柄(本人・家族)							
公費負担者番号							
公費負担医療の受給者番号							
ふりがな	性別	生年月日			年齢		
患者様氏名	男 ・ 女	M ・ T ・ S ・ H					
		年	月	日	歳		
診断名							
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 胸椎						
検査目的							
撮像条件							
※ご希望がございましたらご記入ください							
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要: 郵送またはFAX (- -) <input type="checkbox"/> 不要						
撮画像CD-R	画像データは1枚必ず送付させていただきます。 コピー必要であればお申し付けください。(有償)						

(CT予約票)

患者様氏名 _____ 様
あなたの検査日は _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時 _____ 分です。
あなたの検査部位は _____ です。

※検査開始時間の15分前までに受付窓口へお越しください。
※予約のキャンセルは(044-931-0020:多摩脳神経外科)にご連絡ください。

以下は患者様をご記入して検査当日、受付窓口へお渡してください。

ふりがな						
氏名	生年月日(大/昭/平)	年	月	日	年齢	歳(男・女)
住所						
電話番号	身長	cm	体重	kg		

※検査当日ご用意いただくもの ①健康保険証 ②診療情報提供書 ③検査料

※アクセスマップ



住 所：神奈川県川崎市多摩区登戸1654
TEL：044-931-0020 FAX：044-931-0021