

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: 西暦 _____ 年 月 日 AM・PM

予約希望日 2: 西暦 _____ 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	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳

診断名	
検査部位・目的等	<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"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> その他 ()
※当院では造影検査は行っておりません。	

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。

※腹部CT検査では検査開始3時間前からお食事はお控えください。飲水は構いません。

以下は患者様をご記入して検査当日、受付窓口へお渡しください。

ふりがな			
氏名	_____	生年月日(大/昭/平/令)	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