## 診療情報提供書 【C T 検査予約票】 申込日 令和 年 月 日 きむたくクリニック森ノ宮院行 (FAX 06 - 6766 - 4866) (TEL 06-4397-4199)

## 当院のCT予約枠は平日(月~金)の13時~15時です。

上記期間内での予約希望を記入お願いいたします。 尚、期間外でのご予約希望の場合はクリニックへ直接お問い合わせください。

貴施設名:										
担当医師名	:									-
	フリガナ	⊢								日
患者氏名				男・女	生年	月日		(	才)	
	<b>=</b>									
┃ ┃住所・電話										
	電話:									
	口頭部	3			□ 胸部					
撮影部位	口胸腹			骨盤			IIX HF			
				. 5					)	
ペースメーカー										
	□ 独歩 □ 車椅子 □ ストレッチャー									
当院受診歴			・なし		· ·券番号					)
【患者様デ	ータ】	T								
3 > 1 = 1 A		1		日(	)	午後	<del></del>	•	時間不問	
ご希望検:	査日	2		日(	)	午後	<del></del>	•	時間不問	
		3		日 (	)	午後	<u></u> 時	•	時間不問	<u> </u>
傷病名										
紹介目的										
既往歴・手	·術歷									