

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：

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才)
	男・女		
住所・電話	〒 電話：		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (植込み型除細動器 (ICD) の場合は撮像不可)		
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
当院受診歴	あり ・ なし (診察券番号：)		

ご希望検査日	①	月	日	()	午後	時	・	時間不問
	②	月	日	()	午後	時	・	時間不問
	③	月	日	()	午後	時	・	時間不問
傷病名								
紹介目的								
既往歴・手術歴・注意事項など								

ご紹介いただく医療機関様へ

画像はCD-Rに書き込みして患者様にお渡しいたします。

読影所見	必要	・	不要
------	----	---	----

読影所見必要に○を付けられた場合、読影に時間がかかることがあります。
ご了承くださいますよう宜しくお願い致します。