

CT検査 予約申込書 兼 ファックス

記載例

菊池病院 地域連携室 CT・MRI 共同利用予約担当者 行
FAX: 096-248-2124 (直通)

■禁忌事項確認

妊婦または、妊娠の可能性 ☒ なし
☐ あり *ありの場合は原則検査不可

■患者様情報

フリガナ	キクチ タロウ
氏 名	菊池 太郎
生年月日	S50年 10月 20日
性 別	男 ・ 女
電話番号	090-1234-5678

■依頼元医療機関情報

医療機関名	サンプルクリニック
医師名	熊本 一郎
所在地	〒861-●●●● 熊本県菊池市●●●●
電話番号	096-123-4567
FAX番号	096-123-5678

■画像検査予約情報

予約日時	R8年 11月 16日(月曜日) 9時 0分
------	------------------------

CT検査部位 ご希望の部位に○をつけて下さい。	☒ 頭部 ☐ 顔面 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部骨盤 ☐ 胸部～骨盤 ☐ 上肢 ☐ 下肢 その他()
診断名	認知症の疑い
検査目的	認知症初診の精査
読影希望	☒ 希望する ☐ 希望しない
読影医への依頼コメント	特にありません。



■画像検査予約情報

- 次の書類等を持参するようお願いください。
 - 本紙(予約申込書 兼 ファックス送信票)
 - 身分証明書(マイナ保険証、資格確認書等)
- 検査当日は、予約時間の15分前までに菊池病院へお越しいただくようお願いください。