

FAX送信用(紹介状兼)

ふれあい東戸塚ホスピタル
CT検査依頼書

フリガナ 患者様氏名		男 女	昭 平 令	令和 年 月 日 年 月 日生 (歳)
御住所	TEL - -			
紹介元	医療機関名 医師名 TEL FAX			

臨床診断名				
検査目的				
検査部位	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部～骨盤腔 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤 ☐ 上肢 ☐ 下肢 ☐ 股関節 ☐ 3D希望(骨部のみ) ☐ その他 ()			
読影	要 ・ 不要 結果郵送まで1～2週間お時間いただきます			
確認事項	妊娠の可能性 ☐ なし ☐ あり 感染症 ☐ なし ☐ あり ()			
画像データ	フィルム ・ CD-R 当日ご本人様にお渡しいたします			

予約日時	月 日 () 時 分
------	-------------

※まずは、お電話いただき検査担当部門でのご予約をお願い申し上げます。
 ※ご予約後、ご記入いただき当院までFAXにてお送りいただけますようお願い申し上げます。
 ※検査前に診察がございますので、予約時刻の30分前にはお越しいただきますようご案内をお願い申し上げます。

医療法人社団 健齡会 ふれあい東戸塚ホスピタル

〒244-0806 横浜市戸塚区上品濃16-8

電話 045-827-2637

FAX 045-827-2647

