

CT撮影依頼伝票

年 月 日

明神館クリニック 行

依頼医療機関名 _____ TEL() - /FAX() -

医 師 氏 名 _____

フリガナ	生年月日
患者氏名	大・昭・平・令 男・女 年 月 日(歳)
住 所 〒	
連 絡 先	

●妊娠 あり・なし

●当院受診歴 あり・なし

診断名	主症状
撮影目的	撮影条件(特に希望があればご記入ください)
撮影種別	単 純
部位	頭部 頸部 胸部 頸椎 肝胆膵腎 胸椎 骨盤 腰椎
その他	

●読影レポート 至急(当日 FAX) 翌日(要 FAX・郵 送)

検査日 第1希望	第2希望	第3希望
(月 日午前・午後)	(月 日午前・午後)	(月 日午前・午後)

※ 受付時間 火曜～金曜 8:30～17:30、月・土曜 8:30～12:30

予約担当者()