患者 ID
※当院記入欄

CT 検査(単純)申込書 兼 診療情報提供書

年　　月　　日

天理よろづ相談所病院　放射線科　担当医　先生

紹介元医療機関名

医療機関名		診療科 医師名	
住所	TEL:　　FAX(予約票送付用): 		
検査希望日	第1希望　年　月　日（　）　時　分 第2希望　年　月　日（　）　時　分 第3希望　年　月　日（　）　時　分		

※検査予約可能日時:月～金曜日　9:00　9:30　10:00　10:30　11:00　11:30　13:00　13:30　14:00　14:30　(祝日・12/29～1/3 日を除く)

患者情報

ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	旧姓
患者氏名		男　女	
生年月日	大　昭　平　令　西暦　　年　　月　　日　（　　歳）		
住　所	〒　　－		
自宅番号		携帯電話	
傷病名			
検査目的	※妊娠もしくは妊娠の可能性(「あり」の場合は、検査をお受けいただけません。) □あり　□なし　□妊娠もしくは妊娠の可能性があるがリスクとベネフィットを説明し、承諾済み		
検査部位	※1 日 1 回 1 部位のみ □頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□胸腹部　□頸椎　□胸椎　□腰椎　□骨盤、股関節 □上肢　(検査部位詳細に具体的に記載　例:右手関節) □下肢　(検査部位詳細に具体的に記載　例:左膝関節) □その他(検査部位詳細に具体的に記載　例:副鼻腔)		
検査部位詳細			
臨床経過			

※本書は、患者総合支援センター地域医療連携まで FAX でお送りください。
※本書の原本は患者さんにお渡しのうえ、検査当日にご持参いただくようご案内ください。

天理よろづ相談所病院　患者総合支援センター　地域医療連携
電話:0743-63-5611(代表)　FAX:0743-63-6158(直通・24 時間受信可能)