

(A) CT検査依頼書兼診療情報提供書
【画像診断センター】
 (CT検査申込書)

年 月 日

虎の門病院
 FAX 03-3560-7878

*必ず FAX 及び TEL 番号をご記入下さい

CT検査担当医 宛

〒
所在地
医療機関名
TEL
FAX
医師氏名

- ①FAX送信前に、電話で予約をお取り下さい
- ②予約が取れた日時(検査日)をご記入ください

予約日	年	月	日	時	分
-----	---	---	---	---	---

- ③この用紙に必要事項をご記入の上、FAXして下さい
 折り返し「検査の注意書き」をFAXいたします

※医療券(難病等)をお持ちの方のみご記入下さい →

当検査の公費適用	(有・無)
----------	-------

虎の門病院受診歴	(有・無)	虎の門病院登録番号	-	-	-
----------	-------	-----------	---	---	---

フリガナ		生年月日	大・昭	年	月	日	男・女
患者氏名			平・令		(歳)	
住所		自宅 TEL					
		勤務先 TEL					

単純CT検査 (□1つにチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上腹部(肝下縁までもしくは腎まで)
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 骨盤中心
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤
	<input type="checkbox"/> 胸部	

1. 妊娠の有無 (無 ・ 有)

2. 感染症の有無 [無 ・ 有 ()]

3. 特記事項 ()

臨床診断・主訴(必ずご記載ください)

検査目的及び検査・診断に関する希望を必ずご記載ください (病歴・患者背景などもこちらにご記載ください)