

CT 検査依頼票（診療情報提供書）

| | | |
|----------------|-------------------------------------|-----------------|
| 患者氏名 | (フリガナ) | 性別 |
| | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | T・S・H・R 年 月 日 (歳) | |
| 患者 TEL (携帯) | () - | 稲城わかばクリニック受診歴 |
| | () - | 有 ・ 無 |
| 紹介元 医療機関名 | | 医師名 |
| | | |

| | | |
|--------|--------------------------|----------|
| 検査予約日時 | 令和 年 月 日 () | 時 分 |
|--------|--------------------------|----------|

| | | |
|--------|---|--|
| 検査部位 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 * 複数 <input checked="" type="checkbox"/> 可 |
| 検査目的 | | |
| 既往歴・現症 | ・妊娠あるいはその疑い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・読影依頼 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 | |

| | | |
|-------------------|---------------|---------------|
| 予約枠についてのご案内 | | |
| 月曜日～土曜日 | ・ 15:00～15:30 | ・ 15:30～16:00 |
| * 日曜・祝日・第3金曜は予約不可 | | |

| |
|--|
| 予約方法について |
| 1・当院にご連絡ください。 受付時間：月曜～土曜 9:00～17:00（祝日除く） TEL：042-370-0530 |
| 2・診療情報ご記入後、下記に FAX お願いします。 FAX：042-370-0531 |
| 3・CT 検査のご案内に記入のうえ、患者様にお渡し頂き、検査当日受付までお願いします。 |

医療法人社団秀巧会
 稲城わかばクリニック
 〒206-0804
 東京都稲城市百村 1604-7
 TEL：042-370-0530 FAX:042-370-0531

< C T 検 査 の ご 案 内 >

| | |
|------|------------------------|
| 氏名 | |
| 検査部位 | 頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 |
| 予約日時 | 令和 年 月 日 () 時 分 |

当 日 の ご 案 内

①受付手続きのため、検査予約時間の 15 分前にはお越してください。

②当日の持ち物は、1・CT 検査予約票

2・健康保険証若しくはマイナンバーカード

3・診察券

③CT 検査費用：3 割負担の方で 4,500 円程度

1 割負担の方で 1,500 円程度

検 査 の ご 案 内

①検査時間は、15 分～30 分程度です。

②予約時間に多少の遅れが生じる場合がありますので、ご了承ください。

③検査当日、発熱等の症状がある場合、検査を受けることができない可能性があります。

④検査時は、化粧、アクセサリーは極力お控えください。

⑤なるべくお着替えしやすい服装でお越してください。(検査着は当院でご用意しております。)

⑥腹部検査を受けられる方は、6 時間前までに食事をすませ、その後は食事をお控えください。(少量のお茶、お水などの飲水は可能です。)

⑦キャンセルされる場合、できるだけ早めに

お電話にてご連絡ください。

医療法人社団秀巧会

稲城わかばクリニック

〒206-0804

東京都稲城市百村 1604-7

TEL : 042-370-0530 FAX:042-370-0531