

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