

原泌尿器科病院 CT予約申込書

地域医療連携室 FAX 078-371-2726

TEL 078-371-1203 (代表)

《紹介元データ》

申込日 年 月 日

紹介元医療機関名	
住所 〒	
TEL	診療科 _____
返信先 FAX	医師名 _____

《CT検査 (CT検査予約の場合には、該当項目に必ず口を記入してください)》

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影
感染症	<input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> Wa <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 不明
所見	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 ※所見は1週間以内に郵送いたします。
画像提供方法	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R

《患者さんデータ》

氏名	フリガナ	性別	生年月日			
			男・女	明・大・昭・平	年	月
住所	〒					
	自宅電話	—	—	携帯番号	—	—
受診希望日	<input checked="" type="checkbox"/> 第1希望 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 第2希望 月 日 <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> 都合の悪い日 ()					
特記事項						

主保険	保険者番号				記号・番号		1. 本人 2. 家族
併用保険	負担者番号				受給者番号		種別 老・乳・()

※ 予約受付完了後、ご予約受付票を FAX いたします。

※ FAX は 24 時間受付しておりますが、受付時間 (平日 8 : 30 ~ 16 : 30) 以降のお申し込みは翌業務日以降のお返事となります。ご了承ください。