

送信先: 泉大津市立周産期小児医療センター 地域医療連携室宛

FAX 0725-32-6961 TEL 0725-20-6922

CT 検査 予約 申込 書

令和 年 月 日 申込

紹介元 医療機関名		医師名	先生
電 話		FAX	

フリガナ 患者氏名	(男 ・ 女) ※旧姓
生年月日	生 (歳)
住所	
電話番号	
受診歴	(有 ・ 無) 患者ID:

CT検査予約内容

	部 位
単純	☐ 全脳 ☐ 眼窩 ☐ 副鼻腔 ☐ 中内耳(側頭骨)
	☐ 頸部(咽頭、喉頭、耳下腺、顎下腺、甲状腺)
	☐ 肺野+縦隔(胸部) ☐ 胸腹部(胸～骨盤) ☐ 全腹部(肝～骨盤)
	☐ 上腹部(肝、胆、膵、腎) ☐ 腎～骨盤(膀胱)
	☐ 骨盤 ☐ 胸部～腹部大動脈 ☐ 胸部大動脈 ☐ 腹部大動脈
	☐ 上肢 (右・左)⇒ 肩、上腕、肘、前腕、手関節、手
	☐ 下肢 (右・左)⇒ 大腿骨、膝、下腿骨、足関節、足
	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 ()

CT検査予約希望日

第1希望日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後
第2希望日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後
その他日時	☐ 希望日なし ☐ 都合が悪い日(年 月 日)
移動手段	☐ 独歩 ☐ 車イス ☐ ストレッチャー ☐ その他()

<受付時間> 【平日】 9:00～17:00 【土曜日】 9:00～12:00

※日祝日、年末年始は受付できません

※受付時間外のFAXにつきましては翌営業日でのお返事となります。