

CT検査依頼票(FAX送付票)

紹介元医療機関の所在地・名称	申込日	令和	年	月	日
	〒				
先生					
電話番号	FAX番号				

放射線科検査申込内容(必要な項目の□に、チェックを入れて下さい)

<input type="checkbox"/> CT検査(単純のみ)
※ 検査部位 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> その他()
※ 造影CTの場合は、該当診療科に受診が必要です。お電話にてお問い合わせ下さい。
読影希望の有無
<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
※ 撮影画像の提供方法はCD-Rで行います。
※ 読影結果はおおよそ1週間前後で郵送いたします。
<input type="checkbox"/> 説明書による説明済み
結核(あり・なし) 妊娠(あり・なし) ペースメーカー(あり・なし) ICD【埋め込み式ペースメーカー】(あり・なし)
予約希望日 令和 年 月 日
傷病名・症状

患者さま基本情報

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	M・T・S・H・R	年	月 日生
患者住所	〒	TEL			

保険情報

【被保険者証】		【公費負担医療受給者票】	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期間	~
世帯主		【高齢受給者証】	
保険者名		公費負担者番号	
		受給者番号	
		有効期間	~
		負担割合	1割 3割
当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(診察券番号)			