

CT検査依頼・診療情報提供書

CT撮影をご依頼の際は、本書式を事前にFAXしてください FAX:0866-92-0598
受付が完了次第、本FAXをご返送いたします
即日検査希望の場合はFAXを送る前にお電話でご確認ください TEL:0866-92-0591

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 森下病院 紹介元医療機関
住所
担当医 科 殿 電話番号
医師氏名

ご依頼内容 () ①CT撮影 (および読影レポート) のみ希望 検査予約希望日 令和 年 月 日 検査希望時間 時 分 撮影可能時間 9:00-12:00 / 13:30-17:30 ※土曜は午前中のみ () ②CT撮影+精査・診療も希望 ※②の場合、撮影前に当院医師による診察が必要になるため、撮影時間のご指定はいただけません。	
患者氏名	性別
電話番号	
生年月日	年 月 日
紹介目的	
傷病名	
検査部位 () 頭部 () 腹部 () 頸部 () 骨盤 () 胸部 () その他	
主訴及び臨床所見・具体的指示	

医療法人仁徳会 森下病院 TEL 0866-92-0591
総社市駅前1-6-1 FAX 0866-92-0598

森下病院記入欄 予約
 オーダー
 スキャン
患者ID _____