

CT検査依頼書(兼照射録)

⇒ Fax 048-497-1674

平成 年 月 日

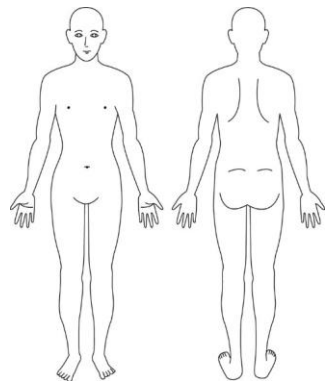
紹介先医療機関

医療法人社団青葉会 新座病院

放射線科 行

ご依頼元医療機関

ご担当医師

フリガナ 患者氏名	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳 性別 男・女	
住 所 電話番号	
予約日時 : 年 月 日 () AM・PM 時 分より	
紹介目的 : 単純CT検査依頼 検査部位 : 撮影方法 : <input type="checkbox"/> 当院基準撮影法 撮影・再構成等の指示 : 検査後の診察 : 無・有 画像データ : <input type="checkbox"/> CD-R (フィルムでも対応しております) 読影 : 無・有 ※通常、翌々日にはお届け可能となっております 備考 :	
臨床診断・検査目的(出来るだけ詳細にお願いします)	
その他(既往歴など)	

医療法人社団青葉会 新座病院

〒352-0023 埼玉県新座市堀ノ内3-14-30 Tel 048-481-1611(代)