

診療情報提供書(CT検査用)

予約TEL0463-88-2455

予約FAX0463-87-0468

医療法人 丹沢病院

☐ 精神科 ・ ☐ 内科 担当医 宛

記載日 年 月 日

貴医療機関名

住所

紹介医師氏名

Tel
Fax

フリガナ

男 生年月日

患者氏名

様

女 M・T・S・H 年 月 日生()歳

住所

電話

予約日時	平成 年 月 日 () 時 分から
------	--------------------

予約申込検査 (お申込希望検査の□内にチェックをして下さい)

病名(主訴)			
症状及び経過			
検査目的 (希望事項)			
C T 検 査	検査方法	<input type="checkbox"/> 単純撮影	
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他()	
	身体情報	妊娠 (有・無) ・ 閉所恐怖 (有・無) ・ 暗所恐怖 (有・無)	
備考			

検査申込手順

1. まず検査のご予約を 0463-88-2455 へお電話下さい
2. こちらから予約確認票をFAXいたしますので予約日時を確認し患者様にお渡し下さい
3. こちらの診療情報提供書をご記入いただき、0463-87-0468 へFAXして下さい

医療法人 丹沢病院

TEL 0463-88-2455 (平日・9:00 ~ 17:00)

神奈川県秦野市堀山下557

FAX 0463-87-0468 (土曜・9:00 ~ 13:00)

丹沢病院医師指示欄	■ CT単純撮影 部位()	
	指示日 平成 年 月 日	医師名