

CTをご希望の場合は、次項の用紙に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。

この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、患者さまにお渡し下さい。

予約受付時間 : 平日(月～金曜日)午前8時30分～午後7時迄  
(木曜日を除く)

受付時間以降受信FAX: 翌日対応  
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

C T 検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書

公立那賀病院 担当医宛

下記患者様を紹介いたします

紹介元医療機関 医師名 (印)

所在地 TEL ( ) -

フリガナ

患者氏名 (男・女) M・T・S・H 年 月 日生( 歳) 体重 kg

患者住所(〒 - ) 患者職業

患者TEL( ) - ご都合の悪い日 予約希望日

※ 撮影部位該当欄にチェックして下さい。なお、左右は□にチェックを入れ選択して下さい。

Table with columns for examination parts (検査部位), simple (単純), contrast (造影), and simple+contrast (単純+造影). Rows include head, face, ears, neck, spine, chest, abdomen, and blood vessels.

Form sections for medical information: 【傷病名】 (Diagnosis), 【紹介目的】 (Referral Purpose), 【既往歴及び家族歴】 (Past History/Family History), 【症状経過及び検査結果】 (Symptom Course/Exam Results), 【治療経過】 (Treatment Course), 【現在の処方】 (Current Prescription).