CT検査申込書兼予約表

紹介元医療機関名 _____

住所 _____

医師氏名 _____ (印)

連絡先 TEL _____ FAX _____

検査日時		年	月	日	来院時間	時	分
検査部位	頭部	☐ 頭部	☐ 副鼻腔	☐ 内耳			
	頸部	☐ 軟部	☐ 骨				
	胸部	☐ 胸部	☐ 肋骨				
	腹部	☐ 全腹部	☐ 上腹部	☐ 下腹部			
	骨盤	☐ 軟部	☐ 骨	☐ 下腹部	☐ 3D		
	脊椎	☐ 軟部	☐ 骨	☐ MPR	☐ 3D		
		☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 仙尾骨		
	上肢	☐ 右	☐ 左	☐ MPR	☐ 3D		
☐ 軟部		☐ 骨	☐ 肩	☐ 上腕	☐ 肘		
☐ 前腕		☐ 手関節	☐ 手掌	☐ 手指			
下肢	☐ 右	☐ 左	☐ MPR	☐ 3D			
	☐ 股関節	☐ 大腿	☐ 膝	☐ 下腿			
	☐ 足関節	☐ 足背	☐ 足趾				
備考 (検査コメント等)							
患者情報	ふりがな						男 ・ 女
	氏名						
	生年月日	年	月	日	歳		
	連絡先	()					
	緊急連絡先	()					
	住所	〒					

CT検査申込書送信先FAX番号 048-777-1512

問い合わせ先 医療法人藤仁会 藤村病院 地域医療連携室
 TEL048-777-1511 (直通) 048-776-1111 (代表)
 〒362-0035 埼玉県上尾市仲町1-8-33