

診療情報提供書 【C T 検査依頼票】

関西メディカル服部駅前クリニック行 (FAX 06-6864-8300)

予約日時	月	日 ()	午前・午後	時	分
------	---	-------	-------	---	---

※お電話で予約済みの場合、予約日時をご記載ください

紹介元医療機関名

貴院 F A X 番号 (返信用)

-()-

担当医師名

科

患者氏名	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
	男・女		年	月	日 (才)
住所・電話	〒 -				
	電話： - () -				
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()				
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純				
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子				
当院受診歴	あり・なし (診察券番号 :)				
ご希望検査日	① 月 日 () 午前・午後				
	② 月 日 () 午前・午後				

傷病名
紹介目的
既往歴・手術歴
貴院における経過・検査結果・処方