

診療情報提供書（CT 検査依頼書）

年 月 日

依頼元機関名	電話番号 ()	FAX ()
依頼医師	検査希望日時 (火・水・金・土)	月 日 時 分
フリガナ	※保険証の写しを添付	
患者氏名 様	男 ・ 女	生年月日 年 月 日
電話番号 ()	移動手段 歩行 車いす ストレッチャー	
井上病院受診歴 無・有		
撮影部位（単純撮影のみ）		
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
＊上記以外の部位はお問合せください。 ＊撮影方法撮影枚数につきましては、当院の撮影条件を適用させていただきます。		
傷病名		
症状経過・検査目的		

注意事項

- ＊画像データはCD-Rに出力し、検査終了後に患者様へお渡しいたします。
- ＊読影レポート：火曜日（原則）に診断し所見結果をFAXさせていただきます。
- ＊診療情報提供書（CT 検査依頼書）をFAX後に当院より検査予約票を発行します。
- ＊CT 検査受付可能時間は火・水・金・土のAMのみとなります。



井上病院

TEL (078) 521-0015 FAX (078) 521-0048