

京都協立病院 CT 検査依頼票

年 月 日

受付時間

平日/9:00~16:30 (土日祝を除く)

送信先

FAX:0773-42-0659 Tel:0773-42-0440

患者情報

フリガナ	性別	男	電話番号			
患者氏名		・	携帯番号			
		女	生年月日	年	月	日
住所	〒_____					

患者保険情報

保険者番号	記号・番号		・				
資格取得日	年	月	日	有効期限	年	月	日
被保険者	本人・家族 (被保険者氏名))	負担割合	割	

公費負担医療受給者証 (お持ちの場合)

公費負担番号	受給者番号						
資格取得日	年	月	日	有効期限	年	月	日

検査依頼 (該当の項目に○をつけてください)

検査希望日	第1希望: 月 日 () 時 分頃		
	第2希望: 月 日 () 時 分頃		
検査内容	部位	方法	検査目的
	頭部	単純 ・ 造影	
	副鼻腔		
	頸部		
	胸部		
	腹部		
	脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)		
	骨盤 (骨盤・股関節 仙尾骨)		
	上肢		
	下肢		
画像CDの受け渡し: 検査当日に患者渡し <input type="checkbox"/> ・ 後日読影レポートに同封し送付 <input type="checkbox"/> いずれか選択ください			

紹介元医療機関

医療機関名	医師名	
所在地	電話	
	FAX	

※血管や骨の3D画像は、ワークステーションがないため当院では検査はできません。

※読影レポートは週末を除き、発送まで2~3日程度お時間をいただきます。

※造影CTの場合は、依頼書・問診票・同意書・採血結果を記入・添付のうえ、FAX送信をお願いいたします。

※当日検査をご希望の場合は、依頼書をFAX送信のうえ、必ずお電話でご連絡ください。

→なお当日造影CTをご希望の場合は、依頼時必要書類をFAX送信のうえ、午前中にお電話ください。