

依頼日： 年 月 日

## CT 検査申込 FAX

FAX : 052-951-1207

名古屋医療センター  
地域医療連携室 行※受付時間 8時30分～19時00分  
予約取得に15分～30分程かかります。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

フリガナ			男	生 年 月 日		
患者氏名			様 女	年	月	日
住所・TEL	〒  ( ) -					
当院受診歴	有・無	( ) 科	当院 ID			
保険者番号			公費負担者番号			
記号・番号			受給者番号			
被保険者氏名			後期高齢者	1割・3割・福祉		
受診希望日	① 年 月 日 ( )	高齢受給者		2割・3割		
<検査実施日時> 月・火 12:00 ※MRI との同日 撮影は対応不可	② 年 月 日 ( )					
	③ 希望なし			乳・障・母・傷		
検査部位 (単純撮影のみ)	ご希望の検査部位にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input checked="" type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input checked="" type="checkbox"/> 四肢 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※「その他」を選択の場合は、お手数ですが下の紹介目的の欄に詳細をご記入下さい。 また、ICD 留置中の方は、検査内容により撮影が困難な場合がありますので、申込前に連携室へお問い合わせ下さい。					
紹介目的	※紹介目的を記入されない場合は、「診療情報提供書」を添付してください。 また、事前準備のため「診療情報提供書」作成次第 FAX をお願い致します。					

※データ形式はCDのみです。

受診時、紹介状の原本をご持参下さい。

紹介医

所在地

医院・病院・クリニック

TEL ( ) -

FAX ( ) -