単純CT検査申込書

FAX：０６－６９５５－６６６５

ご記載日：　　／　　／

ご依頼先医療機関
うえはら内科クリニック
院長 上原 彰允　　副院長 上原 朋子
〒535-0031
大阪市旭区高殿4-22-34高殿タウンビル1階
TEL:06-6955-6666
FAX:06-6955-6665

ご紹介元医療機関
名称

〒
ご住所
TEL　　FAX
ご担当医師名　　印

フリガナ　　当院受診歴：　有　・　無
患者氏名　　（貴院ID　　性別　：　男　・　女
生年月日　　年　　月　　日　（　　歳）
〒　　ー
住所
電話：　　ー　　ー　　携帯電話：　　ー　　ー

撮影部位　□頭部　□頸部　□胸部　□腹部（上部・下部・全腹部）
□その他（　　）

ご希望日　□最短日希望→希望曜日・時間帯（　　）
□第一希望：　月　日（ AM ・ PM ）
□第二希望：　月　日（ AM ・ PM ）

結果報告　①検査画像CD-R　□ 当日患者様へお渡し　□ 郵送
②放射線診断レポート　□ 所見つき次第、FAX　□ 郵送
※いずれかをご選択ください

＜検査前確認事項＞
女性の方　**妊娠またはその可能性　（有・無）**

結核、その他、活動性の感染症　（有・無）　（病名　　）
閉所恐怖症（ 有 ・ 無 ）

※次の機器を体内に留置している方のCT検査は当院では施行できません。
- 植込み型心臓ペースメーカー
- 両室ペーシング（CRT、CRT-D）
- 植込み型除細動器（ICD）

主病名
検査目的