

FAX番号：03-3262-9317（地域医療連携室直通） 受付時間平日9時 - 17時



九段坂病院

年 月 日

放射線科 担当医 宛 **CT検査申込書 兼 診療情報提供書**

依頼元医療機関情報

医療機関名				
ご担当先生	診療科	科	医師名	先生
連絡先	TEL		FAX	

患者情報

(フリガナ)		性別	生年月日	
患者氏名	様	男・女	明・大・ 昭・平	年 月 日 (歳)
連絡先	自宅：	携帯電話：		患者状況
当院受診歴	☐ なし ☐ あり（診療科： ）	(当院ID)		☐ 通院中 ☐ 入院中

検査部位（原則1検査1部位）ご希望部位の□に☑をお願いします。

☐ 頭部	☐ 頸部	☐ 胸部	☐ 腹部(上・下)	☐ 四肢 (上・下)
☐ 脊髄 (頸・胸・腰)		☐ その他 ()		

臨床診断・検査目的

臨床診断	
検査目的	

検査希望日

第1希望	月 日 曜日	その他
第2希望	月 日 曜日	
第3希望	月 日 曜日	

注意確認事項：

- ◆造影CTをご希望の場合には、撮影部位や疑い病名に該当する診療科にご紹介いただき、当院の医師が診察を行った上で当院の担当医が検査オーダーをします。外来診療予約をさせていただきますのでご相談ください。
- ◆検査の部位によっては、お食事や飲料に制限をお願いすることがあります。お送りする予約票をご確認ください
- ◆胸部・腹部のCTを受けられる方は検査着に着替えます。気になる方は肌着やTシャツをお持ちください。

医療機関よりFaxにて検査予約申込をお願いします

九段坂病院より予約票をご紹介元にFaxします

【検査当日】検査30分前に2階初診受付にお越しください。
【持ち物】◇予約票◇検査申込書兼診療情報提供書◇検査必要書類◇マイナ
バー・各種受給書◇お持ちの方診察券

- ◆検査日程、希望に添えないことがございます。
その際は連絡させていただきます。
- ◆結果画像は、CD-R出力しレポートと共に数日で
郵送致します。

【予約連絡先】
九段坂病院地域医療連携室
TEL 03-3262-9316
FAX 03-3262-9317