

CT・X-P 検査申込書

※ 申込書は当日必要ですので、お忘れの無いようお願いいたします。

検査予定日時 年 月 日 AM PM	年 月 日 : 予定	ふりがな	
		名前	様 男・女
		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 歳
検査部位 X-P <input type="checkbox"/> 胸部（正面） <input type="checkbox"/> 腹部（正面） 単純 CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部（肝・胆・膵） <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
施設名	医師	読影依頼	画像CD
検査目的（診断名・病歴等）		要・否	患者様へお渡し ・郵送

Telダイレクトイン：052-701-7058 プッシュ音後 115

FAX：052-702-2464