

X線CT検査依頼書 診療情報提供書



大麻内視鏡内科クリニック

〒069-0852
江別市大麻東町31-1
電話 011-386-3366
FAX 011-386-3399

ご紹介元

住所
貴院名
医師名
電話
FAX

フリガナ						住所
患者氏名	男・女					
生年月日	T・S・H	年	月	日	電話番号	
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部		
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎、胸椎、腰椎)				
読影	<input type="checkbox"/> 有					
検査希望 ①	年	月	日	時	分	
②	年	月	日	時	分	
検査目的						
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり			
連絡事項						

不明な点はお電話ください

FAX頂きましたら、すぐに当クリニックのスタッフが
貴院様へ予約確認のお電話をさせていただきます。

診療時間	月	火	水	木	金	土
9:00~12:00	●	●	●	●	●	●
昼休み12:00~13:30						12:30
13:30~17:30	●	●	●	●	●	まで