

A O I 名古屋病院 C T 検査申込用紙

F A X : 9 3 2 - 7 1 8 2

| | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|--|--|
| ご依頼施設名 | | | | | | |
| 担当医 | | | | | | |
| (フリガナ) 患者さま氏名 | | | | | | 性別 男・女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 | | 年 | 月 | 日生 | |
| 予約日時 | 検査日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 時 分 |
| 検査部位 | 頭頸部 | 胸部 | 上腹部 | 下腹部 | 骨 | |
| | <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 咽・喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 | <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺 | <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> () 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 |
| その他 | | | | | | |
| 臨床診断 | | | | | | |
| 検査目的 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 画像 | <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> なし (読影結果のみ) | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

※読影結果の郵送は、1週間前後かかります。

諸事情により未着の場合は、下記までお問い合わせください。

A O I 名古屋病院 総務課医事係 TEL : 9 3 2 - 7 1 5 2
放射線室 TEL : 9 3 2 - 7 1 3 8

地域連携・医療福祉相談室