

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・令和		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	□()関節 □右 □左
	<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	
その他						
臨床診断						
検査目的						
画像	□CD-R (□郵送 □本人渡し) □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 医事課

TEL : 9 3 2 - 7 1 5 2

放射線科

TEL : 9 3 2 - 7 1 3 8

地域連携・医療福祉相談室