# 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<br>ＡＭ<br>ＰＭ　　：　　予定 | ふりがな<br>名前　　様　男・女<br>生年月日　　年　　月　　日　　歳 |

検査部位

X-P　□ 胸部（正面）　□ 腹部（正面）

単純 CT　□ 頭部　□ 頸部　□ 胸部　□腹部（肝・胆・膵）

□ 骨盤部　□ 頚椎　□ 胸椎　□ 腰椎　□ 上肢　□下肢

□ その他　（　　）

**施設名**　　**医師**

検査目的（診断名・病歴等）

| 読影依頼 | 画像ＣＤ |
|---|---|
| 要・否 | 患者様へお渡し<br>・郵送 |

TEL ダイレクトイン：052-701-7058　プッシュ音後 115

FAX：052-702-2464

医療法人 香徳会
メイトウホスピタル