

依頼日： 年 月 日

## CT 検査申込 FAX

FAX : 052-951-1207

名古屋医療センター  
地域医療連携室 行※受付時間 8時30分～17時00分  
予約取得に15分～30分程かかります。

※患者さんの登録を行いますので、各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

フリガナ			男	生 年 月 日		
患者氏名			女	年	月	日
住所・TEL	〒 ( ) -					
当院受診歴	有・無	( ) 科	当院 ID			
保険者番号			公費負担者番号			
記号・番号			受給者番号			
被保険者氏名			後期高齢者	1割・3割・福祉		
受診希望日	① 年 月 日 ( )		高齢受給者	2割・3割		
	② 年 月 日 ( )					
	③ 希望なし			乳・障・母・傷		
検査部位 (単純撮影のみ)	ご希望の検査部位にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆・膵) <input type="checkbox"/> 腹骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※具体的な部位を記載下さい。 ペースメーカー・ICD 留置中の方は、検査内容により撮影が困難な場合がありますので、申込前に連携室へ お問い合わせ下さい。					

※「診療情報提供書」を一緒に添付してください。

受診時、紹介状の原本をご持参下さい。

紹介医

所在地

医院・病院・クリニック

TEL ( ) -

FAX ( ) -