

# CT検査申込書(兼診療情報提供書)

医療機関名

医師名

先生

TEL ( )

FAX ( )

※ 診療情報提供書・共通受診申込書は不要です。

(申込先) 函館五稜郭病院 放射線診断・IVR科

(前方連携直通) TEL 0138-51-5699 FAX 0120-515-698

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓: )	男・女	大・昭・平・令 年 月 日
患者住所	〒 TEL: ( )		
保険種類	健保・労災・交通事故・生保・その他 ( )	読影結果・CD-R : 後日郵送・当日持参	
希望検査日	第1希望 年 月 日 午前・午後	第2希望 年 月 日 午前・午後	

## ■ 病歴・検査目的

## ■ 検査部位 (○をお付けください)

1. 頭部

2. 頸部

3. 胸部

4. 腹部

5. 骨盤

6. その他

( 1. 甲状腺 2. その他 )

( 1. 肺 2. 縦隔 3. 胸部大動脈 4. その他 )

( 1. 胆・肝・膵・脾・腎・副腎 2. 腹部大動脈 3. その他 )

( 1. 子宮 2. 卵巣 3. 膀胱 4. 前立腺 5. その他 )

## ■ 検査種類

○単純

※ 当院ではCTの造影検査  
依頼は受付けておりません。

## ■ 診療および検査予約について

※ 患者さんの来院日時につきましては、ご予約時にお知らせ致します。

※ 単純検査に関しては、飲食制限はありません。

※ CD-Rと読影結果は基本的に後日郵送となっております。当日持参の場合は待ち時間がかかります。あらかじめご了承ください。