診療情報提供書（ＣＴ検査依頼書）

紹介先　医療法人　阪南会　天の川病院
〒５９６－００２６　大阪府岸和田市春木大国町８－４
ＴＥＬ：０７２－４３６－２２３３　　ＦＡＸ：０７２－４３６－０８８９

紹介元医療機関

医療機関名			
所在地	〒		
ＴＥＬ		ＦＡＸ	
ご担当医師名			

紹介患者様情報

フリガナ			
患者氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日

検査予約希望日時　※検査予約日決定後に予約通知表をＦＡＸで返信いたします。

第１希望日	年　月　日　時　分
第２希望日	年　月　日　時　分

検査部位（当院では造影ＣＴはお受けしていません。）

頭部　胸部　腹部　骨盤部 脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　その他（　）			
臨床診断 および 撮影目的			
読影レポート	必要 ・ 不要	画像データＤＶＤ	必要 ・ 不要

※読影レポート、画像データＤＶＤは後日お渡しまたは郵送となります。

備考欄