

診療情報提供書(兼CT検査依頼票)

FAX

(鶴川サナトリウム病院用)

申込日 年 月 日
 医療機関名
 住所
 電話番号
 医師氏名



医療法人財団明理会 鶴川サナトリウム病院

認知症疾患医療センター

TEL:042-735-2222(代表)

TEL(FAX兼用):042-737-1253(放射線科直通)

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	西暦	年	月 日
電話番号		身長・体重		cm	kg

検査予約日時 年 月 日 () 時 分

臨床診断

検査目的

撮影部位 (チェックをお願い致します) * 造影検査をおこなっておりません。

胸部	頸椎	頭部
	胸椎	頸部
腹部	腰椎	
	骨盤骨	
	仙椎・尾骨	
	上肢 ()	その他
	下肢 ()	()

「 注意事項 」

※予約を入れる前にご確認をお願い致します。ご不明な点がございましたら、放射線科までご連絡ください。

- ・X線を用いた検査ですので、妊娠している方および妊娠の可能性のある方はお受けできません。
- ・腹部検査の場合のみ、消化管内の食べ物による影響を軽減するため、来院前4時間の絶食をお願いしております。