

CT検査依頼用紙（患者様用）

検査日 年 月 日（曜日）

来院時間 時 分 検査予定時間 時 分

※受付、問診表記載の為、検査予定時間の15分前に来院、受付をしてください。
準備が整い次第ご案内します。

遅刻、日時変更、キャンセルの場合は必ずお電話ください。

検査当日は健康保険証など必要書類を持参してください。

（お忘れになりますと実費扱いとなる場合がありますのでご注意ください。）

単純CT検査を受けるにあたっての注意点

検査部位（_____）

朝食を食べずにお越しください。

昼食を食べずにお越しください。

食事制限はありません。

<注意事項>

- ① 妊娠中又はその可能性のある方は、検査を受けられない場合があります。
必ず申し出てください。
- ② 貴重品等はCT室内の荷物カゴをお使いいただき、ご自身で管理してください。
盗難について一切の責任を負いかねます。

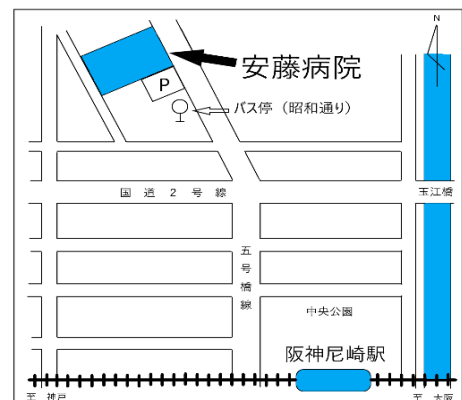
ご不明な点がございましたら、何なりと担当スタッフにお尋ねください。



医療法人社団 智聖会 安藤病院

尼崎市東難波町5-19-16

放射線科直通電話 06-6482-2927



C T 検査依頼用紙
(診療情報提供書)

フリガナ

貴施設 ID

氏名 (男・女)

貴施設名

生年月日 年 月 日

TEL

(歳)

診療科目

検査日 年 月 日 (曜日) 検査予定時間 時 分

依頼医師

当院担当技師

検査部位

1) 頭部 (単)

2) 腹部 (単)

3) 胸部 (単)

4) その他

※造影検査は受け付けておりません。

依頼医師は必ず記入してください。

検査目的	検査方法