

X線—CT Scan検査申込書

予約日時

月 日 曜日
AM・PM 時 分

患者氏名 _____
生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

検査部位

臨床診断

検査目的

現病歴

関連検査成績

	頭部
	胸部
	肝・胆・膵
	腎
	膀胱
	子宮
	肝臓 ボーラスCT
	胸部 ボーラスCT
	その他

造影(要・不要)

患者の状態(入院中・外来) ※必ずご記入ください

歩行 車椅子 ストレッチャー

安静を守るために麻酔を

要する 要しない

薬剤過敏・その他

無・有 ()

Hb抗原 (- ・ +) HCV (- ・ +)

Hb抗体 (- ・ +) MRSA(- ・ +)

その他 ()

妊婦 15才～45才の女性の場合、下記の項目に

記入のこと。

1. 妊娠の可能性はない

最終月経開始日

月 日より

妊娠中

2. 妊娠中でも至急検査の必要あるとき、

下記に担当医署名のこと。

科Dr.

平成 年 月 日

医療機関名 :

科 医師

印

※ 予め検査日時を予約の上、この「検査申込書」を事前にお送りください。

医療法人錦秀会

阪和住吉総合病院

〒558-0041

住吉区南住吉3-2-9

TEL

06-6692-1001

FAX(直通)

06-7653-6026