

診療情報提供書（兼 CT 検査依頼状）

苑田会放射線クリニック 行 FAX: 03-5851-5752

〒121-0064 東京都足立区保木間3-4-19 院長 齋藤勉 TEL 03-5851-5751

ふりがな		ご紹介医療機関名・所在地
患者氏名	男 ・ 女	
生年月日 年 月 日（ 歳）		診療科
住所		受持ち医
電話番号		電話番号

検査日時： 年 月 日 午前・午後 時 分
検査法： ☐ 単純 ☐ 造影（要同意書）
検査部位： ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部 ☐ 骨盤 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢 ☐ その他（具体的に ）
診断名・臨床症状・検査結果
既往歴及び家族歴
現在の処方
要望事項

CT 検査を受ける皆様へ（予約票）

ふりがな	
患者氏名	男 ・ 女
生年月日	
年	月
日 (	歳)

検査日時

年 月 日

午前・午後 時 分

受診当日にお持ちいただくもの

保険証、受持ちの先生からお預かりした書類など、本票

ご注意

検査当日は予約時間の 15 分前までに当院へお越し下さい。

造影検査や腹部の検査を受ける方は、下記の食事制限があります。

- 検査の2～3時間前は食事を控えて下さい。
- 水・お茶はかまいませんが、乳製品や果汁の入ったものはとらないで下さい。



SROC そのだかい 苑田会放射線クリニック

TEL: 03-5851-5751 〒121-0064 東京都足立区保木間 3-4-19