

# 山形ロイヤル病院放射線科宛 オープン検査依頼票 (CT)

以下の項目をご記入いただき、放射線科宛てにファックス送信をお願いいたします。

年 月 日

山形ロイヤル病院  
放射線科 宛  
FAX番号：0237-42-3080  
(連絡先：0237-43-8080)

医療機関名

診療科名

住所

電話番号 ( )

ファックス番号 ( )

予約日時	年 月 日 曜日	午前・午後	時 分
ふりがな 患者氏名	(男・女) 大昭平	年 月 日	( 歳)
住所	電話番号 ( )		
身長	cm / 体重	kg	感染症 ( 無・有 )
山形ロイヤル病院 受診歴 ( 無・有 )		診察券番号	
臨床診断名			
CT検査依頼		検査目的 (具体的に記入願います)	
頭頸部	頭部ルーチン・副鼻腔 頸部・甲状腺	指示医名 _____	
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎		
胸部	肺野・縦隔		
腹部 骨盤部	上腹部 上腹部～骨盤部 骨盤部		
備考欄			
読影レポート( 要 ・ 不要 )			
画像CD ( 当日本人へお渡し ・ 後日読影報告書と併せて病院様へお届け )			
<p>※ 当日は、保険証をお持ちくださるようお願いいたします。                  ※ オープン検査では造影剤を使用することができません。</p>			
			技師

# 山形ロイヤル病院 C T 検査予約票

オープン検査用

依頼元  
医療機関名 : \_\_\_\_\_  
指示医 : \_\_\_\_\_ 先生  
患者様氏名 : \_\_\_\_\_ 様

山形ロイヤル病院  
放射線科

FAX : 0237-42-3080  
TEL : 0237-43-8080

C T 検査実施予定日 (予約日)

年 月 日 時 分

●食事制限はありません。

検査当日は、検査予約票・保険証・山形ロイヤル病院診察券（お持ちの方）  
ご持参のうえ、予約時間の15分前までに外来受付にお越しください。  
患者様は、受付でC T検査予約であることをお伝えください。

患者様が検査実施日に来院できない場合は、ご紹介いただいた先生を通じて  
放射線科（0237-43-8080 内線180、185）までご連絡ください。

また、予約日の変更の場合は、ご紹介いただいた先生から放射線科宛てに  
ご連絡をお願いいたします。患者様からの直接の変更依頼には対応できません  
ので、予めご了承ください。