

CT検査（単純・造影）依頼用紙兼診療情報提供書

* 造影については、実施日の都合がありますので、先に御連絡下さい。

コープおおさか病院
院長 西上 喜房 殿

貴院名	_____
医師名	_____
貴院住所	_____
TEL:	FAX:

【患者様基本情報】

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
患者名							
住所			電話番号	()	-		

保険情報は証等のコピーでも構いません。

保険者番号				公費負担者番号										
記号・番号				受給者番号										
区分	国保・社保・後期高齢・他	本人・家族	負担割合	1割・2割・3割										
予約希望日	第1希望日	月	日()	第2希望日	月	日()	()希望日なし							
○現在治療中の病名														
○検査目的、撮影部位、撮影に当たっての留意事項等 撮影部位 頭 頸部 胸部 全腹部 上腹部 下腹部 その他()														
○投薬中の薬剤														
○その他														

（検査結果・所見の送付について）

所見・結果についての返送方法について、下記にチェックをおつけ下さい。

- 所見結果が出たときの郵送でよい。
 CD-Rにて返却。所見結果が出たときには郵送を御願います。
 その他

CT検査の結果所見の送付には、1～4日間程度を要します。
至急で必要な場合は、CD-Rにてご送付いたします。

（依頼の流れ）

- ①本予約表に記入の上、
FAXで申し込んで下さい。確認のために電話をいただければ幸いです。
FAX 06-6914-1136 ☎ 06-6914-1126
- ②地域連携室から予約表を送付（FAX）いたします。
- ③上記予約表、CT検査依頼用紙兼情報提供書（原本）を患者様にお渡しいただき、当日
予約時間15分前に総合受付（回転ドア入口正面）に提出していただくようお願い下さい。

○医療保険証等は当日ご持参いただくよう患者様にお伝え下さい。