

出雲市民病院 「予約申込書」兼「単純CT/骨密度共同利用依頼書」

FAX : 0853-21-812

出雲市民病院 地域連携センター 行

TEL : 0853-21-2722

受付時間 : (平日) 8時30分~17時

※受付時間外のお問い合わせについては、翌営業日にお返事致します。お急ぎの場合は電話でお問い合わせ下さい。

※患者様は貴院でお待ちですか? はい いいえ

の必要な箇所にチェックを入れて下さい。

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ

患者様氏名 :

男

女

生年月日 : T S H R

年 月 日 () 歳

電話番号 :

予約希望日 : 月 日 ()

予約希望時間 : 時 分

◆撮影部位

頭部 : 頭部 副鼻腔 側頭骨 頸部

体部 : 胸部 腹部 骨盤腔 脊椎 []

四肢 : 上肢 [] 下肢 []

歯科 : デンタルCT

その他 : []

骨密度 : 腰椎 右大腿骨 左大腿骨 右前腕 左前腕

※大腿・前腕は、左右の一方だけの検査となります。

◆確認事項

妊娠 : 有 無

授乳 : 有 無

ペースメーカー : 有 無

体内除細動器 : 有 無

*体内除細動装置がある場合はその部分には照射できません。

その他 : []

◆検査目的・撮影指示

◆画像データ・読影結果返却方法

画像データ : 患者様渡し 郵送

読影結果 : FAX 郵送