

# 湘南慶育病院 C T 検査予約申込書 (FAX)

FAX番号 0466-41-9263 (地域医療連携室直通)

記載日 年 月 日

検査希望日	年	月	日 ( )	時	分
主訴または傷病名					
現在の処方					
希望検査に☑を記載。					
<b>・検査の目的</b> <input type="checkbox"/> スクリーニング <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
<b>・検査希望部位</b> <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) <input type="checkbox"/> その他 ( )					

貴医療機関名		紹介医師氏名	
住所	〒 -	TEL	( )
		FAX	( )
患者の状況	外来通院中・入院中 (退院予定日: 月 日頃) : 独歩・車椅子・ストレッチャー		
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	(旧姓 )	男 ・ 女	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒 -	TEL	( )

### 【その他】

- ①CT予約申込書記入後、FAX送信をお願いします。
- ②本紙FAX後、当院より返答がない場合はお手数ですが問合せをお願いします。
- ③当院にて受付後、「予約票」をFaxにてお送りしますので、患者さんにお渡しください。

医療法人社団健育会 湘南慶育病院 予約受付時間：平日 9:00~17:00  
 〒252-0816 神奈川県藤沢市遠藤4360 TEL 0466-48-0051 FAX 0466-41-9263