

榊原サピアタワークリニック 医療連携室宛

FAX 03-5288-0117

ご依頼日 年 月 日

CT検査 FAX予約申込書

ご紹介医療機関

所在地 〒 -

TEL () -

ご紹介医

患者様お名前

生年月日

明・大・昭・平 (西暦)

年 月 日

男 ・ 女

現住所 〒 -

TEL () -

連絡先 (勤務先・ご自宅・携帯)

TEL () -

榊原サピアタワークリニックの受診歴 ある ない 不明

■ご依頼の検査部位 (チェックしてください)

胸部 (肺) 縦隔 造影 心臓 単腹 造影 腹部・腹部大動脈 冠状動脈・3D - CT 骨盤腔 心臓大血管 下肢動脈 胸部大動脈 大腸3D - CT

検査予約日時 月 日 (曜日) 時間 :

■依頼情報 (診断・主訴など)

■造影剤過敏症 有 無 ■気管支喘息 有 無
■薬剤過敏症 有 無 ■妊娠・授乳 有 無
■腎機能障害 有 無 ■心臓ペースメーカー 有 無

医療法人社団 榊原厚生会 榊原サピアタワークリニック

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-7-12

TEL 03-5288-0011 (代表)