診療情報提供書（紹介状）

CT検査（単純）用

患者氏名

依頼元施設名

生年月日

性別

依頼医師名

年　　月　　日生　　男 ・ 女

患者電話番号

依頼元電話番号

診療時間外緊急連絡先

検査予約日時　　月　　日　　時　　分
検査目的
検査部位 ☐頭部　☐副鼻腔　☐頸部　☐胸部　☐上腹部　☐下腹部 ☐その他部位　※四肢、関節など　左右および部位を具体的にご記載ください。 （　　）
患者様の注意事項 ☐心臓のペースメーカー、植え込み型除細動器 ☐妊娠 ☐その他体内金属 ☐上記いずれも該当なし ☐自賠責、労災等の保険請求外の方

予約確認	クリニック確認

くろかわ内科・健診クリニック
予約電話番号：052-908-2141
FAX番号：052-908-8133