

# 出雲市民病院 CT検査「予約申込票」

FAX (0853) 21-8123

日 単純・造影共通

送信日 年 月

出雲市民病院  
地域連携センター行  
☎ 0853-21-2722  
(代表)

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

お願い：太枠の中にご記入ください

フリガナ	性別：	生年月日：	大正 昭和 平成
患者様氏名：	男・女	年 月 日	( 歳)
患者様住所：			
患者様電話番号： ( ) -			
保険者番号：	保険記号・番号：		
資格取得日：			
希望日時：	月 日 ( ) 曜日	時頃	※希望ある場合
希望される検査方法に○印をつけてください			
検査方法： 1. 単純撮影 ※委託検査扱いとなります		2. 造影撮影	
撮影部位：			
備考欄：			

ありがとうございました