

# さくら会病院 放射線科 CT検査予約申込書（FAX予約用）

FAX番号：072-367-7775（地域連携室 9：00～17：00）

医療機関名

依頼医師名

電話番号

住所

FAX番号

## 患者情報

|      |  |      |                          |
|------|--|------|--------------------------|
| フリガナ |  | 生年月日 | 西暦・昭和・平成・令和<br>年 月 日（ 歳） |
| 患者氏名 |  |      |                          |
|      |  | 性別   | 男性 ・ 女性                  |

## 診療情報提供書

|     |  |
|-----|--|
| 傷病名 |  |
| 症状  |  |

検査希望日 検査時間 月～土 8：30～16：30，日祝 8：30～10：30

第1希望日 月 日 AM ・ PM

第2希望日 月 日 AM ・ PM

## 検査項目

撮影部位にチェックを入れてください（1枚の用紙で1検査の予約です）

|        |     |                              |                              |                                  |                                   |
|--------|-----|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| C<br>T | 頭頸部 | <input type="checkbox"/> 頭部  | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 顔面骨     | <input type="checkbox"/> 頸部（甲状腺等） |
|        | 胸腹部 | <input type="checkbox"/> 胸部  | <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤腔 | <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔   |
|        | 脊椎  | <input type="checkbox"/> 頸椎  | <input type="checkbox"/> 胸椎  | <input type="checkbox"/> 腰椎      | <input type="checkbox"/> 下部胸椎～腰椎  |
|        | 四肢他 | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 股関節     | <input type="checkbox"/> その他（ ）   |

※当院では造影検査はお受けできません

### 【注意点】

上腹部を含む検査をお受けになる方は4時間前より食事を摂らないでください  
（水またはお茶の摂取は可、牛乳などは不可）

社会医療法人さくら会 さくら会病院 大阪府大阪狭山市半田5丁目2610-1  
電話番号：072-366-5673（地域連携室） 電話番号：072-366-5757（代表）

改訂 令和7年7月24日