

【CT】共同利用依頼書（事前申込み書）

<small>紹介先医療機関</small> 福岡リハビリテーション病院 住所：福岡市西区野方7-770 TEL：092-812-1880（コールセンター） 「CT検査依頼」とお申し付けください FAX：092-812-1589
--

<small>紹介元医療機関</small> 医師： TEL： FAX：

下記患者様について、CT検査の共同利用を申し込みます。
 なお、検査時に患者様に対する緊急処置が生じた場合は、貴院の医師へ一任いたします。

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男 女	明 大 昭 平 年 月 日	歳
携帯電話				
検査日時	年 月 日	時 分	検査時間の15分前には ご来院ください	
検査部位				
病歴 検査目的				
事前チェック	妊娠中・妊娠の可能性	+ ・ -	備考	
予約時	電話(092-812-1880)で予約し、当書類をFAX 患者様に当書類をお渡しください。	検査日	福岡リハビリテーション病院の 総合受付へ当書類を提出	