

呼吸器外科 CT 外来 診療情報提供書

兼 予約申込書

申込医療機関名

申込医師名

TEL

FAX

フリガナ	男・女	生年月日
患者氏名	様	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所		
連絡先・電話番号 (携帯)		
(自宅)		

第1 検査・受診希望日	月 日 ()	9:00
第2 検査・受診希望日	月 日 ()	9:00
第3 検査・受診希望日	月 日 ()	9:00

<紹介目的>
以下の理由で精査（胸部単純CT）をお願いいたします。
 肺がん検診で異常を指摘された。 胸部単純写真で異常を認めた。（肺がん検診以外）
 その他（ ）

<病名>
 胸部異常陰影

<症状経過・治療経過・検査結果・既往歴等>

<現在の処方>
※お薬手帳参照

< 注意事項 >

- 受診希望日は複数日ご指定ください。
- FAX 受診後、速やかに予約票を返信いたします。
- こちらの用紙が診療情報提供書を兼ねています。当センター受診当日、この用紙を紹介状としてご持参いただけますようお願いいたします。

<お問い合わせ先>

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

患者サポートセンター

TEL 048-536-9900 (代表)

FAX 048-536-9921

埼玉県立循環器・呼吸器病センター 事務処理欄

ID

印

予約入力 / 確認

印