

【大腸 3D-CT 検査】 検査依頼書 および 検査日通知書			
ご依頼医院	医院名	医師名	先生 お電話・FAX
患者さま	フリガナ お名前		(男 ・ 女)
	生年月日	T ・ S ・ H / /	(歳)
	ご住所		
	お電話	()	—
検査希望日 検査日 月・火・木・金・土 14:00～16:00	<input type="checkbox"/>	一番早い日	
	<input type="checkbox"/>	月 日	第 1 希望
	<input type="checkbox"/>	月 日	第 2 希望
検査目的	【検査目的】 疑い病名、症状を簡単にご記入ください		
内服薬および注意事項			

《以下 当院記入欄》

ご予約承りました
 さまの予約日時をご案内させていただきます。
 お手数ですが、本票を患者さまにお渡し頂きますようお願いいたします。

検査予約日時	年	月	日 ()	時	分
検査説明・前処置薬のお渡しがありますので検査日 2 日前までに当院外来への受診をお願い致します					
当院より、直接患者さまに御連絡させていただき、検査前の外来受診日を決定させていただきます					
当日ご持参いただくもの 本票 ・ 保険証 ・ お薬手帳や内服薬説明書					
検査当日は検査予定時間の 15 分前に来院をお願い致します					
備考					



【アクセス】 南海高野線『北野田』駅西出口より徒歩 2 分

