

検査依頼票 (放射線科)

摂津医誠会病院

TEL06-6319-2010 (代表)

内線 120 (放射線科)

ご紹介施設名 _____

ご紹介医師名 _____

TEL _____

1. 患者様情報

フリガナ			男・女
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (才)		

2. 希望検査項目

※ご希望の検査に○印をつけて下さい

骨塩定量検査 ・ インプラント術前用CT撮影

3. 患者様の状態

検査目的・臨床症状・病名

現在妊娠中、もしくは可能性はありますか

はい ・ いいえ

感染症 無 ・ 有 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒・他 ())

4. 検査予約日時

平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

検査当日は〔保険証〕〔検査依頼票〕を必ずご持参のうえ、予約時間の〔15分前に来院〕して頂くようお願い下さい。

放射線検査予約票

(患者様用)

検査当日は「保険証」「検査依頼票」を必ずご持参のうえ
予約時間の「15分前」に「1階受付カウンター」へお越し下さい。

氏名					ご紹介施設名	
生年月日	M T S H	年	月	日	性別	男・女
検査予定日時	年 月 日 時 分				検査項目	骨塩・CT撮影(インプラント用)・X線撮影

～ 摂津医誠会病院へのアクセス ～



～ 駐車場のご案内 ～



[阪急電鉄京都線]

正雀駅より 徒歩約15分
摂津市駅より 徒歩約5分

[JR]

千里丘駅より 徒歩約12分

[大阪モノレール]

摂津市駅より 徒歩約10分

お問い合わせ

〒566-0021

大阪府摂津市南千里丘1-32

TEL 06-6319-0531(代表)

放射線科(内線120)

FAX 06-6319-5221

URL <http://www.mmjp.or.jp/i-setsu>



医療法人医誠会
摂津医誠会病院