

この用紙を FAX して下さい (みどり病院 FAX078-928-1772)

検査依頼をされる医療機関様へ

みどり病院 TEL 078-928-1700 FAX 078-928-1772
---

### 心臓（冠動脈）CTご予約の手順

1. みどり病院へ電話にて検査日の予約をおとり下さい。  
患者様には来院後、循環器内科の診察、CT検査となります。
2. 「心臓（冠動脈）CT検査依頼・予約票」  
「造影検査同意書」  
「検査依頼をされる医療機関様へ」（この用紙）をご記入後、  
みどり病院にFAXして下さい。
3. 「心臓（冠動脈）CT検査を受けられるみなさまへ」は予約日をご  
記入の上、患者様へお渡しく下さい。

検査予約日時                      年              月              日              (              :              )

フリガナ 氏名				男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒			
	電話番号 ( )			

主保険	保険者番号	記号	番号	1.本人 2.家族
併用保険	負担者番号	受給者番号		負担割合
				割

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_