

# 共同利用

# 予約票

依頼元診療所	
日時	R . . ( ) AM : PM :
ﾌﾘｶﾞﾅ	
患者氏名	M . F
生年月日	M . T . S . H . R . .
撮影部位	CT
電話番号(ご本人)	- -
所見	要 . 不要 * 要の場合は所見つき次第FAX

・ 所見が必要な場合は別途費用 (1部位単価：2200円 胸腹部のみ両方で3300円)

発熱症状がある方で、当日に施設で抗原検査などしていない場合は  
当院で抗原検査をして頂く可能性があります。

※当院で抗原検査をした場合は別途費用が発生します。(1割負担で800円ほど)

※発熱症状の方は健康保険証が必要です。(抗原検査の為)

## 検査当日にお持ちいただくもの

・ 共同利用予約票 ・ 共同利用CT検査依頼表 ・ 保険証 (抗原検査が必要な場合)

お電話でお日にちを決定後

共同利用予約票・共同利用CT検査依頼表をダウンロードしてご記入の上、  
田中病院に検査日前日までにFAXをお送りください。

検査データはCDにして当日お渡しするか、  
後日郵送させていただきます。

医療法人 暁美会 田中病院  
〒587-0002  
大阪府堺市美原区黒山39-10  
TEL(072)361-3555  
FAX(072)361-3562