

診療情報提供書（単純CT検査依頼書）

⑥単純CT検査依頼書

あさぎり病院担当医宛

下記内容にてCT検査を依頼します。

患者様の状況；外来待機中 帰宅

入院中（退院後受診 入院中受診）

患者情報		第一希望	検査日時	年	月	日（	曜日）
フリガナ	氏名		男・女	AM・PM	時	分より	
旧姓		第二希望	検査日時	年	月	日（	曜日）
生年月日	年		月	日	AM・PM	時	分より
現住所 〒 -		紹介元医療機関名					
TEL () -	医師名		TEL () -				
携帯 () -	TEL () -		FAX () -				
あさぎり病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							

【臨床診断】

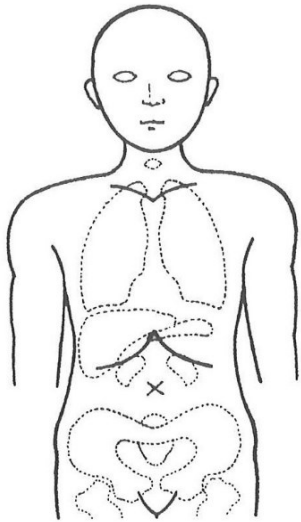
【検査データ】

CD-R 不要

【検査目的】

【撮影部位にチェック・図示して下さい】

- 頭部
- 眼窩部
- 内耳道周辺
- 副鼻腔
- 咽頭部
- 頸部
- 胸部
- 上腹部
- 全腹部
- 骨盤部
- その他
()



【チェックリスト・既往歴】

- 安静 可 不可 ぜんそく
- 妊娠 なし あり 腎不全・腎機能低下・透析
- 授乳中 なし あり 重篤な甲状腺疾患
- 感染症 なし あり 糖尿病
- HBsAg Wa氏 その他重篤な疾患
- HCV MRSA ()
- ペ-ス-マーカ- 植え込み型除細動器 造影剤アレルギー
- 造影剤の種類または検査名
()
- 薬物アレルギー
- 薬品名
()

【検査法】 単純

医療法人社団 吉徳会

あさぎり病院 地域連携室 TEL & FAX 078-912-7574