

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		AM・PM	時	分	より	
旧姓		生年月日	第二希望	検査日時	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				
携帯	（		TEL				
あさぎり病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		FAX				

【臨床診断】

【検査データ】

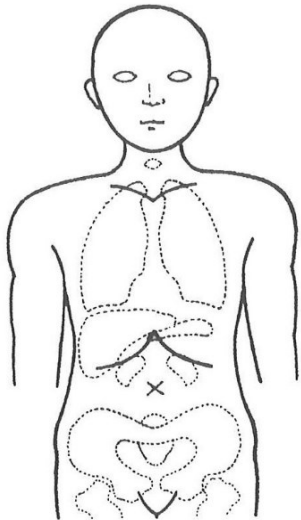
CD-R 不要

【検査目的】

FAXでの読影レポートも希望する

【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 ()
- ペースメーカー 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