CT 検査依頼·診療情報提供書

紹介先医療機関等名 等 潤 病 院

担当医		科			殿				
						平成	年	月	日
検査時間	年月 AM・PM 時 沼介申し上げます。	ョ(<u>)</u> 分							
患者氏名									
患者住所						性	別 男	· 女	
電話番号									
生年月日	明・大・昭・ュ	序 (歳)	職業					
紹介目的									
傷病名									
検査部位 □頭部(脳・副鼻腔・内耳・)□頚部(咽頭・甲状腺・) □胸部(肺野・縦隔・乳房・)□心臓 ※造影検査のみになります □腹部(肝・胆・膵・腎・)□骨盤(子宮・卵巣・前立腺・) □四肢()□その他())
□単純	□造影 (造影剤同意書を	同封してくださ		売影の有無 食査結果		□有り □フィルム	□無し □CD		
妊娠の有領	無 □無 □	有 (原則]禁忌)						
主訴及び	a床所見·具体的指	示							

CT 検査依頼·診療情報提供書

紹介先医療機関等名 等 潤 病 院

担当医	科			殿				
					平成	年	月	日
検査時間	年月日(AM・PM 時 紹介申し上げます。	<u>分</u>	紹介元医療機 所在地及び 電 話 番 医 師 氏	名称 5 号				
患者氏名患者住所					性兒	训 男	·女	
電話番号 生年月日	明・大・昭・平	(歳)	職業					
紹介目的								
傷病名								
検査部位 □頭部(脳・副鼻腔・内耳・)□頚部(咽頭・甲状腺・)□胸部(肺野・縦隔・乳房・)□心臓 ※造影検査のみになります □腹部(肝・胆・膵・腎・)□骨盤(子宮・卵巣・前立腺・)□でした()□での他()□での他()□では、)□には、)□にはいいは、)□にはいいは、)□にはいいはいいは、)□にはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいいはいい								
□単純	□造影 (造影剤同意書を同卦	読影の有無 □有り □無し 検査結果 □フィルム □CD-ROM						
妊娠の有無 □無 □有 (原則禁忌)								
主訴及び	臨床所見•具体的指示							