

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

検査予約日 年 月 日()

検査時間 AM・PM 時 分

下記患者を紹介申し上げます。

紹介元医療機関の
所在地及び名称
電話番号
医師氏名

患者氏名		性別 男・女	
患者住所			
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	<input type="checkbox"/> 頭部(脳・副鼻腔・内耳・)	<input type="checkbox"/> 頸部(咽頭・甲状腺・)	
	<input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔・乳房・)	<input type="checkbox"/> 心臓 ※造影検査のみになります	
	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・)	<input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・)	
	<input type="checkbox"/> 四肢()	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> CT Angio (脳・胸部大血管・腹部大血管・下肢動脈・下位静脈)		
<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影 (造影剤同意書を同封してください)	読影の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		検査結果	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM
妊娠の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原則禁忌)			
主訴及び臨床所見・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

検査予約日 年 月 日()
 検査時間 AM・PM 時 分

下記患者を紹介申し上げます。

紹介元医療機関の
 所在地及び名称
 電話番号
 医師氏名

患者氏名		性別 男・女	
患者住所			
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	<input type="checkbox"/> 頭部(脳・副鼻腔・内耳・)	<input type="checkbox"/> 頸部(咽頭・甲状腺・)	
	<input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔・乳房・)	<input type="checkbox"/> 心臓 ※造影検査のみになります	
	<input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・)	<input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・)	
	<input type="checkbox"/> 四肢()	<input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> CT Angio (脳・胸部大血管・腹部大血管・下肢動脈・下位静脈)		
<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影 (造影剤同意書を同封してください)	読影の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
		検査結果	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-ROM
妊娠の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (原則禁忌)			
主訴及び臨床所見・具体的指示			