

診療情報提供書（CT検査依頼書）

年 月 日

紹介先 あいこ内科クリニック

〒226-0014 神奈川県横浜市緑区台村町329-3 ゆたかビル2階

TEL 045-500-9502 FAX 045-500-9552

*感染症が疑われる患者様の場合、必ず事前にご連絡ください。

(フリガナ)		紹介元医療機関	
患者氏名 様		医療機関名	
生年月日	年 月 日(歳)	TEL	FAX
性別	男 ・ 女	ご担当医師	
予約日時： 月 日 時 分より			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()		
病名・ 検査目的			
臨床経過			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名：)		
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 () *ストレッチャーは、当院の構造上検査できません。		
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		