

診療情報提供書 (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。

フリガナ	M	
氏名	F	
生年月日	年 月 日生	歳

検査日時	年 月 日 (曜日)
AM PM	時 分より
<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 朝絶食 <input type="checkbox"/> 昼絶食 (少量の水やお茶は飲んでも構いません)	

検査データ (いずれかにチェックして下さい)		
<input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R	<input type="checkbox"/> 不要

依頼施設	診療科	科
依頼医師	外来・入院 (病棟)

臨床診断

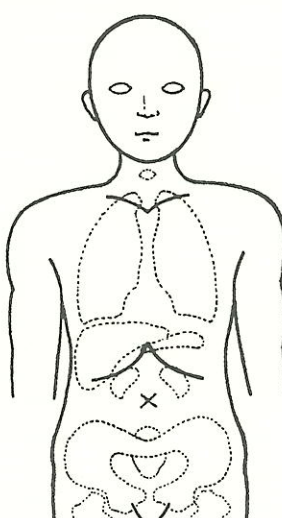
病歴・検査目的 (明らかにしたい点など)

前回CT検査 なし あり

他施設にて あさぎり病院にて (年 月頃)

部位・範囲 (定型外は図示して下さい)

頭部
聴器・副鼻腔
眼部・頭部
胸部
腹部 (肝胆膵)
腎
骨盤
その他の目的臓器 ()



検査方法

単純 造影 単純+造影

◎チェックリスト

安 静	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	
妊 娠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
授 乳 中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
感 染 症	<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	
○HBsAg	○Wa氏	○HCV	○MRSA