

診療情報提供書（CT検査依頼用紙）

西暦 年 月 日

医療法人 天馬会
 チクバ外科・胃腸科・肛門科病院
 地域医療連携室 行
 FAX：086-485-3515
 TEL：086-485-1755

貴院医療機関名
 診療科
 住所
 電話
 担当医

外来担当医 先生

予約検査日時 西暦 年 月 日 午後

フリガナ				
患者氏名	生年月日	T H	S R	年 月 日 歳
患者住所	〒 -	電話番号		

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部 肝・胆・膵 膵臓 肝臓	<input type="checkbox"/> 下腹部 骨盤腔 子宮・卵巣 膀胱・前立腺	<input type="checkbox"/> その他 ()
------	-----------------------------	-----------------------------	---	--	-------------------------------------

造影剤の使用有無 不要

要 →

- 腎疾患の有無 無し 有 (疾患名：)
- 血清クレアチニン値 () mg/dl (半年以内の値があれば記入)
- ビグアイド系糖尿病薬の有無 無し 有

画像CD	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 患者手渡し	<input type="checkbox"/> 郵送： 1週間以内
------	-----------------------------	--------------------------------	------------------------------------

読影結果	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 郵送： 1週間以内	読影は外部に委託
------	-----------------------------	------------------------------------	----------

疾患名又は臨床診断・検査の目的 ※診療情報提供書の添付がある場合、記載は不要です。