

(1)

CT検査申込書 (兼診療情報提供書)

申込先：医師会病院

TEL 43-4876(直通)

診療情報料算定の有無 (する・しない)

申込日時

年

月

日

氏名

様

M・T・S・H・R

年

月

日生

才

男・女

依頼病医院・医師

検査日時

年

月

日

AM・PM

時

分

CT検査歴

初回・()回目

前回検査日

年

月

日

喘息・蕁麻疹等の既往

+・-

アレルギー

+・-

腎機能異常

+・-・未

HBs Ag

+・-・未

ワ氏反応

+・-・未

妊娠

+・-

H C V 抗体

+・-・未

病歴・検査目的

検査部位・種類 (○をおつけ下さい)

1. 頭部

2. 頸部

(1.甲状腺 2.その他

3. 胸部

(1.肺 2.縦隔 3.胸部大動脈 4.その他

4. 腹部

(1.肝・胆・膵・脾・腎・副腎 2.腹部大動脈 3.その他

5. 骨盤腔

(1.子宮 2.卵巣 3.膀胱 4.前立腺 5.その他

6. 冠動脈

7. その他

(

a. 単純

b. 造影

c. 単純+造影

※予約申込みは連携課へ連絡し、日時を確認して下さい。検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。

※検査申込書に必要事項を記入のうえ、(1)を患者さんに持参させ、(2)を依頼者控として下さい。

※検査当日の食事は検査時間の2時間前より絶食(水分摂取はかまいません)とし検査時間の30分前までにおいで下さい。

※検査終了後は、写真のみお渡しします。所見報告は後日申し上げます。