

CT

## CT検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介元医療機関名:

所在地:

医師名:

TEL:

FAX:

フリガナ 患者氏名 :		男・女	
生年月日 明・大・昭・平		年	月 日 ( 才 )
希望検査日:		年	月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分
予約検査日:		年	月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分
検査方法 : 単純・造影		造影剤 : イオベリン300・ フィルムD半切 枚	
CT 検査部位	頭部	脳・眼窩・下垂体・内耳・副鼻腔・血管	
	頸部	甲状腺・咽頭・喉頭・食道・血管	
	胸部	縦隔・肺	
	腹部	肝・脾・膵・腎・副腎・骨盤腔	
	脊髄	頸椎(C )・胸椎(Th )・腰椎(L )・仙椎	
	上肢(右・左)	肩・上腕・肘・前腕・手・血管	
	下肢(右・左)	股関節・大腿・膝・下腿・足・血管	
	その他		
① 臨床診断・病状・経過			
② 検査目的			
③ 直近の検査データ(コピーでも可)			
④ その他希望事項			
<b>検査依頼について</b> この検査依頼書をFAXしてください。(電話での検査予約も可能です) 検査日時は、佐藤病院CT室から患者様に、お電話にて連絡のうえ決定させていただきます。 (平日9~17時で患者様から直接、佐藤病院に電話をしていただいても、対応いたします。) 検査結果は検査後三日程度で郵送いたします。 患者様の連絡先および、電話対応が可能な時間をご記入ください。			
患者連絡先 (佐藤病院から電話を入れますので、対応可能な時間帯をお知らせ下さい。) 自宅 携帯 対応可能な時間帯(平日) 9~11時・11~13時・13~15時・15~17時・17~18時 // (土) 9~11時・11~13時			
読影結果報告	要・不要	撮影結果	フィルム・CD-R

医療法人 佐藤病院

TEL (045) 731-1515 FAX (045) 731-7711