

CT検査依頼書(診療情報提供書)

令和 年 月 日

CT

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			
<p><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。</p>			
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