

CT検査依頼書(診療情報提供書)

年 月 日

CT

紹介元医療機関名:

所在地

医師名

TEL

FAX

フリガナ				男・女
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平・令	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	<b>単純</b>	<b>造影</b>	造影の場合は半年以内の腎機能(クレアチニン)の採血データ添付するか下欄の直近検査データにご記入ください	
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・食道		
	胸部	縦隔・肺		
	腹部	肝・脾・膵・腎・副腎・骨盤腔		
	その他			
①臨床診断・経過・検査目的				
②直近検査データ(添付でも可)				
③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) 時 ~ 時 (9:00~18:00内をお願いします)				
" (土) 時 ~ 時 (9:00~12:00内をお願いします)				
読影結果報告	要 ・ 不要			

医療法人 佐藤病院

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