**ＣＴ検査依頼票（診療情報提供書）**

社会医療法人盛和会本田病院　医事課経由　放射線科　御中

平成　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 紹介元診療機関（報告書送信先）  　　医療機関住所　〒  　　医療機関名称  　　ご担当医師名　　　　　　　　　　　㊞  　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |

**検査予約日時　平成　　年　　月　　日**　**（ＡＭ・ＰＭ）　　時　　分**

（ﾌﾘｶﾞﾅ）

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）　生年月日　M・T・S・H　　　年　　　月　　　日

患者住所

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　当院受診歴　　有　・　無　・　不明

|  |  |
| --- | --- |
| １、傷病名 |  |
| ２、主訴 |  |
| ３、紹介(検査)目的  　　　臨床情報 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 撮影方法 | 単純　・　造影 | | | | スキャンのための連絡事項  （目的臓器を具体的に記入） | | |  | |
| アレルギー歴 | 有　・　無 | | | |
| 肝機能異常 | 有　・　無 | | | |
| 検査部位 |  | | | |
| □頭部　□眼窩　□副鼻腔　□頸部　□胸部（肺野・縦隔）  □上腹部（肝臓・膵臓・腎臓）　□下腹部（骨盤腔・膀胱）  □頸椎　□胸椎　□腰椎　□骨盤　□股関節  □上肢　□下肢 | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 薬品名 |  | | | | お渡し画像 | | CD-R・フィルム（半切×　　　） | | |
| 本田病院記入欄 | | | | | | | | |
| ＩＤ | | |  | 撮影技師 | 読影日 | 平成　　年　　月　　日 | | |
| ＣＴ　ＮＯ | | |  |  | 送信日 | 平成　　年　　月　　日 | | |
| KV | | 120  社会医療法人盛和会本田病院  ＴＥＬ：０６－６９３９－６２５１（代表）  ＦＡＸ：０６－６９３９－６３５０（地域医療連携室直） | |
| mA　　sec | | Auto | |

【※検査日までに保険証を添えて、本田病院までFAXして下さい】