**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】