

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 ⑩

TEL : FAX :

検査予約日時 平成 年 月 日 (AM・PM) 時 分

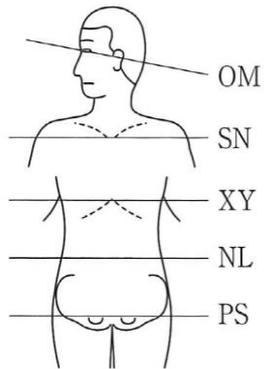
(フガナ)

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	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (肺野・縦隔) <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝臓・膵臓・腎臓) <input type="checkbox"/> 下腹部 (骨盤腔・膀胱) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 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】