

CT 検査依頼書 兼 診療情報提供書

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

フリガナ

患者氏名 様(男・女) 生年月日 T・S・H 年 月 日

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 頭部 () | <input type="checkbox"/> 股関節 (R・L) |
| <input type="checkbox"/> 頸部 () | <input type="checkbox"/> 脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎) |
| <input type="checkbox"/> 胸部 () | <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L) |
| <input type="checkbox"/> 腹部 () | <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L) |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔 () | <input type="checkbox"/> その他 () |

※撮影手技については、当院の撮影条件を適用させていただきます。

疾病名

既往歴等

症状・検査目的

備考

- | | |
|-------------------------------|------------|
| ●妊娠していますか | (はい・いいえ) |
| ●心臓ペースメーカ(メドトロニック社製)を使用していますか | (はい・いいえ) |
| ●体内埋込型除細動器(全メーカー)を使用していますか | (はい・いいえ) |

検査結果

- | | |
|------------|---|
| 画像について | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
必要の場合 CD を患者様に手渡しいたします |
| 読影レポートについて | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
必要の場合 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 |



医療法人 杉山会

すぎやま病院

住所 〒465-0092 名古屋市名東区社台 3-10

電話 052-774-8222 FAX 052-774-8360