

CT検査 依頼票(診療情報提供書)

記入日

年 月 日

フリガナ
氏名
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
性別 男 ・ 女

医療機関名
依頼医師

予約日時	月 日	午前 午後	時 分	より
------	-----	-------	-----	----

依頼内容
1. 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面骨
2. 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭
3. 胸部 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓
4. 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 脾
5. 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺
6. 脊髄 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎
7. 関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ()
8. その他 ()

傷病名・紹介目的
既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過
現在の処方・備考

■以下の項目につきまして、確認後チェックをお願いします。(必ずご記入下さい)

※ 禁忌事項:該当する場合は検査不可 植込型除細動器、検査当日時点での妊娠および妊娠の可能性	
① 該当する場合は、施行された施設に検査可否のご確認をお願いします ・持続血糖測定器 (Freestyleリブレ等) ・その他体内医療機器・金属 (部位:) 時期:)	
② 放射線被ばくと検査の正当化についての説明と同意あり 禁忌事項および①に対する確認あり、検査可能	<input checked="" type="checkbox"/>

◎ 記録媒体はCD-Rとなります。 不要等のご希望はコメントをお願いします	()
--	-----

東川口病院 地域医療連携課 (直通)	048-295-1001	担当技師
--------------------	--------------	------