

(1)

CT検査申込書 (兼診療情報提供書)

申込先：医師会病院

TEL 43-4876(直通)

診療情報料算定の有無 (する・しない)

申込日時

年 月 日

氏名	様	M・T・S・H	年 月 日生	才	男・女
依頼病医院・医師					
検査日時	年 月 日	AM・PM	時 分		
CT検査歴	初回・()回目	前回検査日	年 月 日		
喘息・蕁麻疹等の既往	+・-	アレルギー	+・-		
腎機能異常	+・-・未	HBs Ag	+・-・未		
ワ氏反応	+・-・未	妊娠	+・-		
H C V 抗体	+・-・未				

病歴・検査目的

検査部位・種類 (○をおつけ下さい)

1. 頭部
 2. 頸部 (1.甲状腺 2.その他)
 3. 胸部 (1.肺 2.縦隔 3.胸部大動脈 4.その他)
 4. 腹部 (1.肝・胆・膵・脾・腎・副腎 2.腹部大動脈 3.その他)
 5. 骨盤腔 (1.子宮 2.卵巣 3.膀胱 4.前立腺 5.その他)
 6. 冠動脈
 7. その他 ()
- a. 単純 b. 造影 c. 単純+造影

※予約申込みは連携課へ連絡し、日時を確認して下さい。検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。

※検査申込書に必要事項を記入のうえ、(1)を患者さんに持参させ、(2)を依頼者控として下さい。

※検査当日の食事は検査時間の2時間前より絶食(水分摂取はかまいません)とし検査時間の30分前までにおいで下さい。

※検査終了後は、写真のみお渡します。所見報告は後日申し上げます。