

診療情報提供書

【CT検査予約票】

申込日 年 月 日

関西メディカル病院 地域医療センター行 (FAX 06-6836-1196)

予約日時 月 日 () 午前・午後 時 分

※お電話で予約済みの場合、予約日時をご記載ください

紹介元医療機関名

貴院FAX番号(返信用)

-()-

担当医師名

科

患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成
				年 月 日 (才)
住所・電話	〒 -			
	電話: - () -			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 両耳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影 ()		
移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
当院受診歴	あり・なし (診察券番号 :)			

【患者様データ】

ご希望検査日	① 月 日 () 午前・午後
	② 月 日 () 午前・午後
傷病名	
紹介目的	
既往歴・手術歴	
貴院における経過・検査結果・処方	
造影CTの場合	血清Cr値(3か月以内) mg/dl (月 日)