

診療情報提供書 《CT検査依頼書》

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	男・女
患者氏名			年 月 日生 ()歳	
依頼元	(病院・医院・クリニック)	依頼医師名		先生
予 約	※単純CTは原則予約の必要はありません。 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 診察希望(診療科・医師:) 年 月 日 午前・午後 時 分 ~			
検査目的				
既往歴及び症状経過・治療経過				
現在の処方・備考				
撮影部位				
<input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 (肺) <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> その他 ()				
造影剤について				
●造影剤の使用 (<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 当病院医師に一任) →造影検査を希望される場合) <input type="checkbox"/> 検査前にクレアチニン値の確認のため採血をさせていただきます。				
検査結果				
画像 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 読影レポート ※『検査のみ』で依頼時のみ選択可。 <input type="checkbox"/> 郵送(検査日より3日程度) <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り(撮影終了から3時間程度でお渡しできます)				