

CT検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関名			
郵便番号・住所	〒		
電話・FAX番号	TEL	FAX	
紹介医師名			科

フリガナ				生年月日	大・昭・平・令	男・女
患者様氏名	様			年月日	年月日()歳	
患者様住所	〒					体重
TEL	() -	携帯	() -			
恵佑会 受診履歴	なし	有(第2病院)	有(札幌病院)	有(歯科)		

※番号を○で囲んで下さい

患者様の状況 1. 対面診察中 2. 貴院で連絡待ち 3. 貴院で入院中 4. その他()

【予約内容】

※ 同意書は『単純のみ』以外の場合、必ず○でチェックして下さい

検査日	年月日 午前・午後 時 分	※ お電話にて決定された日時を記入願います
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部全体	
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影早期+門脈相+平衡相	
腎機能チェック	eGFR _____ ml/min/1.73m ² または 血清クレアチニン値 _____ mg/dl ※造影の場合は必ず数値の記入をお願いします。単純の場合は記入の必要はありません。	
その他指示	<input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 以前に済	
病名		
主訴・検査目的		

【画像出力】

CD-Rのみ

- ※ 画像間隔は基本5mmです。その他を希望される場合は主訴・検査目的欄へご記入下さい。
- ※ CD-RはDICOMビューワー付です。計測、拡大等が可能です。
- ※ 翌営業日の郵送になります。

恵佑会第2病院使用欄
(記入する必要はありません)

ID番号 _____

(点線以下の部分を切り離してお使い下さい)

恵佑会第2病院からのご連絡

_____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

下記の日時にCT検査のご予約を承りました。
受診の際にはこの用紙を受付にご掲示下さい。
検査当日は予約時間10分前には受付を済ませるようにお願い致します。

依頼CT

CT検査予約: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

