

診療情報提供書

下記事項をご記入の上、FAXにて送付して下さい。 **医療機関**

折り返し、予約日時等を返信致します。 **医師氏名**

TEL:0586-61-2121(代表) **TEL**

FAX:0586-61-2545(地域連携室) **FAX**

CT撮影依頼

フリガナ 患者氏名	_____様	男 ・ 女	生年月日	_____年 _____月 _____日
住所	_____			
電話番号	_____			

予約希望日	第1希望	_____年	_____月	_____日
	第2希望	_____年	_____月	_____日

診断	診断名: _____			
治療及び所見	_____			
検査目的	_____			
撮影部位	_____ 単 純 ・ 造 影			

※造影検査依頼の場合は、以下の項目の記入を御願致します。

体重	(_____) Kg	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし
	※記載がなければ来院時測定します		<input type="checkbox"/> あり (_____)
クレアチニン	(_____) mg/dl	_____月	_____日測定
	※検査より1週間以内の測定値があればご記入もしくは来院時にご持参下さい。測定値がない場合は来院時測定致しますが、結果判定まで約1時間程の待ち時間が生じますのでご了承下さい。		

※どちらかにチェックを入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 撮影及び読影の依頼	<input type="checkbox"/> 撮影のみ依頼
------------------------------------	---------------------------------