

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
------------------------------------	---------------------------------