

年 月 日

竹田綜合病院放射線科 御中

紹介元

医師名

住 所

TEL

C T 検 査 ・ 診 断 依 頼 書 (診療情報提供書)

フリガナ	生年月日	年 月 日	才
氏 名	M ・ F	身長 cm	体重 kg
住 所	連絡先：() -		
臨床診断名			

検 査 項 目
☐ 頭部 (脳・中内耳・副鼻腔・顔面)
☐ 頸部 (頸部・頸部～上縦隔)
☐ 躯幹部 (胸部・上腹部・骨盤)
☐ 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
☐ 上肢 【右・左・両】(肩・上腕・肘・前腕・手関節・手部)
☐ 下肢 【右・左・両】(股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足部)
☐ その他 ()

チェックリスト (該当項目のみチェック)
☐ 妊娠
☐ 気管支喘息
☐ 甲状腺機能亢進症
☐ 血液疾患
☐ 腎機能障害
☐ 造影剤副作用歴 (症状：)
☐ 糖尿病 (内服薬：)
☐ 上記該当項目なし

⇒ 造影：可・不可

「肺がん」疑いの場合

胸部X線撮影歴
(あり・なし)

検査予約日： 月 日 AM ・ PM 時 分

検査目的

.....

.....

.....

.....

検査結果の報告方法

(診断報告書 + 全画像データ DICOM メディア)

☐ フィルム必要

☐ メディア不要

☐ 結果の配送希望

(結果が出来次第、地域医療連携課より発送になります)

☐ 結果の受け取り希望

(検査から24時間経過後に救急室に取りにおいで下さい)

☐ 検査データのみ当日持ち帰り希望 (報告書は後日配送)

Dr. sign

※現在入院中

☐ 外来通院

☐ 一般病床

☐ 療養型病床