

竹田総合病院放射線科 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
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳・中内耳・副鼻腔・顔面)
<input type="checkbox"/> 頸部 (頸部・頸部～上縦隔)
<input type="checkbox"/> 躯幹部 (胸部・上腹部・骨盤)
<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
<input type="checkbox"/> 上肢 【右・左・両】(肩・上腕・肘・前腕・手関節・手部)
<input type="checkbox"/> 下肢 【右・左・両】(股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足部)
<input type="checkbox"/> その他 ()

チェックリスト (該当項目のみチェック)
<input type="checkbox"/> 妊娠
<input type="checkbox"/> 気管支喘息
<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
<input type="checkbox"/> 血液疾患
<input type="checkbox"/> 腎機能障害
<input type="checkbox"/> 造影剤副作用歴 (症状：)
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (内服薬：)
<input type="checkbox"/> 上記該当項目なし
「肺がん」疑いの場合 胸部X線撮影歴 (あり・なし)

⇒ 造影 : 可 ・ 不可

検査予約日 : 月 日 AM ・ PM 時 分

検査目的

.....

.....

.....

.....

<p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> フィルム必要 <input type="checkbox"/> メディア不要</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p> <p><input type="checkbox"/> 検査データのみ当日持ち帰り希望 (報告書は後日配送)</p>
--

Dr. sign _____

<p>※現在入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院</p> <p><input type="checkbox"/> 一般病床</p> <p><input type="checkbox"/> 療養型病床</p>
