

CT 検査依頼書・診療情報提供書

紹介元医療機関名・医師名

TEL

FAX

検査 予定日	年 月 日()	検査開始 予定時間	午前・午後	時 分
-----------	----------	--------------	-------	-----

ふりがな				
患者様氏名	様	年 月 日生	<input type="radio"/> 男	<input type="radio"/> 女
住所・TEL	(〒 -) TEL() -			
撮影方法	<input type="radio"/> 単純 <input type="radio"/> 造影(血清クレアチニン値_____mg/dl)(eGFR値_____mL/分/1.73m ²) <input type="radio"/> 3D <input type="radio"/> OMPR			
	造影検査を依頼の場合、可能であれば 血清クレアチニン値 又は eGFR値の記入をお願いいたします。			
検査部位	<input type="radio"/> 頭部 <input type="radio"/> 頸部 <input type="radio"/> 胸部 <input type="radio"/> 腹部 <input type="radio"/> 骨盤部 <input type="radio"/> 四肢 <input type="radio"/> その他()			
患者様情報 (傷病名・既往歴・ 症状経過・治療経過)				
検査に関連 する要望事項				
希望媒体	フィルム	・	CD-ROM	
読影	必要	・	不要	



名古屋市千種区千代田橋 1-1-1

国家公務員共済組合連合会 東海病院 TEL:052-711-6131(代表)