**単純　ＣＴ検査依頼票（診療情報提供書）**

　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ医療機関名　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日　T・S・H・R　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所　TEL　　　　　（　　　　） |
| 身長　　　　　　　　cm　　　体重　　　　　　　㎏ |

希望日時　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　**ＡＭ　・　ＰＭ　・　指定なし**

|  |  |
| --- | --- |
| 検査部位（チェック） | 　□頭部　　　　　□頚部　　　□胸部　　　□上腹部　　　□下腹部　□頸椎　　　　　□胸椎　　 □腰椎　□上肢（Ｒ　Ｌ）　　　　　　□下肢（Ｒ　Ｌ）　　　　　　□その他（部位）　　　　　　　　　　　　　　≪詳しい指示≫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 病名 |  |
| 現病歴検査目的留意事項　等 |  |

**【検査前チェックリスト】**

**体内金属　　　　　　□　無　□　有**

**女性の方へ(妊娠)　　□　無　□　有**

**秦野赤十字病院　地域医療連携室　TEL 0463-81-0719**

FAXでのお申込をお願いします。

ご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。

 **FAX 0463-84-1484**

2023.4