

単純 CT 検査依頼票 (診療情報提供書)

年 月 日

フリガナ 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 kg

医療機関名 _____

TEL _____

FAX _____

担当医 _____

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

検査部位 (チェック)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 (R L) <input type="checkbox"/> 下肢 (R L) <input type="checkbox"/> 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

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。

秦野赤十字病院 地域医療連携室 TEL 0463-81-0719
 FAX 0463-84-1484