

診療情報提供書(CT・一般撮影 検査依頼票)

①紹介患者様情報

フリガナ				
氏名				
生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
		性別	男・女	
当院受診歴	有・無	※当院記入欄 (有の場合の診察券番号) (無の場合の診察券番号)		
連絡先	TEL	携帯・自宅・勤務先		

②依頼元医療機関様情報

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
担当医師名	

③検査前確認事項 ※検査時に患者様に対する緊急措置が必要な場合は、当院に一任されるものとします。

・心臓ペースメーカー、体内埋込型除細動器	有・無	埋込部位検査不可
・妊娠の可能性		検査不可

④検査依頼部位(該当する項目を○で囲んでください) ※手技は「単純」のみとなります。

該当する検査・部位を○で囲んでください。 CT (16列) ・ 一般撮影

頭部	頭部	顔面骨	副鼻腔	聴器	上肢	肩関節	上腕	肘関節	右・左
脊椎	頸椎	胸椎	腰椎	仙椎		前腕	手関節	手・手指	
頸部	頸部				下肢	大腿	膝関節	下腿	右・左
胸部	胸部	肋骨	胸骨			足関節	足・足趾		
腹部	上腹部	下腹部	全腹部		その他				
骨盤	骨盤骨	股関節							

⑤臨床情報・診断名・検査目的・その他特記事項

--

⑥返却方式

媒体	CD-R
時期	当日返却(患者様へ直接お渡し)

⑦読影の有無

<input type="checkbox"/> 読影依頼(有償)
<input type="checkbox"/> 読影依頼かつ検査後2時間以内にデータ送付(有償)
<input type="checkbox"/> 無し

医療法人 平成博愛会
 印西総合病院
 TEL : 0476-33-3531
 FAX : 0476-47-5614
 受付時間 : 月～土(祝日除く) 9:00～17:00