

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 大・昭・平	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 《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