

CT検査依頼書(兼 診療情報提供書)

FAX送信者

様

診療等も含めてのご依頼の場合は、貴院様式での診療情報提供書による御紹介をお願い致します。

医療機関名	診療科
住所	ご担当医師名
TEL	FAX

患者情報	フリガナ	性別・生年月日・年齢		
	患者氏名	男・女	歳	
	現住所	電話	携帯	
	保険情報	保険者番号	保険区分	本人 ・ 家族
		記号番号	受給者番号	
公費番号		割合	1割 ・ 3割	

診療情報	造影剤使用時の確認事項		その他の確認事項	
	アレルギー歴 喘息・ヨードアレルギーの方は原則禁忌	無 ・ 有	感染症 有りの場合の名称	無 ・ 有
	腎機能 Cr: eGFR:	良 ・ 不良 ・ 未検	当院での結果説明 不要の場合、紹介元でのご説明をお願いします。	要 ・ 不要
	ビグアナイド系糖尿病薬の服用 有りの場合、検査前後の休薬期間	無 ・ 有 ( )	その他特記事項	

検査情報	病名 ・ 現病歴 ・ 既往歴 ・ 検査目的など		
	病名:		
	現病歴 / 既往歴:		
検査部位:	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 一任		
検査目的:			
※遠隔読影医への依頼情報にもなりますので、お手数ですが検査目的等の記載を詳細をお願い致します。			

その他	検査結果の提供方法	備考欄(希望日など)
	<input type="checkbox"/> 画像CD+画像診断レポート	
	<input type="checkbox"/> 画像診断レポートのみ	
	<input type="checkbox"/> 画像CDのみ	
	<input type="checkbox"/> 患者様がお持ち帰り	
<input type="checkbox"/> 郵送		