

# CT検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

I D

紹介元医療機関名

フリガナ

患者氏名

所在地

生年月日

TEL

住 所

FAX

TEL

担当医師名

印

|  |  |                    |
|--|--|--------------------|
| 検 査 日  | 年 月 日 ( ) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM :  | 技師名                |
| CT 検査  | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                    |
| 撮影方法   | <input type="checkbox"/> Plain <input type="checkbox"/> CEのみ <input type="checkbox"/> Plain+CE <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> 3D                  |                    |
| 読 影  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | 特記事項               |
| 撮影条件 120/140Kv<br>200/250mA<br>1.0/2.0sec  | 血圧<br>CE前 / mmHg<br>CE後 / mmHg   | フィルム枚数<br><br>半切 枚 |
| 造影剤<br><input type="checkbox"/> オムニパーク300 シリンジ 100ml<br><input type="checkbox"/> |  |                    |

病 名

検査目的と臨床情報

現在の処方

※ 参考資料 . . . 無 . 有 (  X-P .  CT .  MRI .  心電図記録 .  検査記録)

※ 参考資料の返却 . . . 要 . 不要

**予約が完了しましたら保険情報を下記へ記載の上、FAX(042-347-3307)をお送り下さい。**

・ 患者様の受付の手間を省き、検査の待ち時間を短縮することが出来ます。

※保険証コピーでも結構です。

|              |              |       |   |
|--------------|--------------|-------|---|
| 保険者番号        | 記号・番号        | 負担割合  | 割   |
| 資格取得年月日      | 年 月 日        | 被保険者名 | <input type="checkbox"/> 本人 . <input type="checkbox"/> 家族 . <input type="checkbox"/> 世帯主( ) |
| 公費負担者<br>番 号 | 公費受給者<br>番 号 | 有効期限  | 年 月 日   |