

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

T E L

住 所

F A X

T E L

担当医師名

印

検 査 日		年 月 日 () ☐ AM ☐ PM :		技師名	
C T 検査		☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ その他 ()			
撮影方法		☐ Plain ☐ CEのみ ☐ Plain+CE ☐ Dynamic ☐ 3D			
読 影		☐ 有 ・ ☐ 無		特記事項	
撮影条件 120/140Kv 200/250mA 1.0/2.0sec		血圧 CE前 / mmHg CE後 / mmHg		フィルム枚数 半切 枚	
				造影剤 ☐ オムニパーク300 シリンジ 100ml ☐	
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		☐ 本人 ・ ☐ 家族 ・ ☐ 世帯主()	
公費負担者 番 号		公費受給者 番 号		有効期限 年 月 日			