

【診療情報提供書(CT依頼用)】

年 月 日

光仁会 第一病院  
放射線科 担当医 御机下

住所  
医療機関

医師

TEL:

FAX:

第一病院の受診歴  
有 無

フリガナ			
患者氏名			性別 男性 女性
住所			自宅 TEL ・ 携帯
生年月日	年齢	歳	
傷病名			
検査目的			
特別指示			
その他 詳細			

検査部位及び単純か造影にチェックをお願いします。 造影の場合は腎機能をお知らせください

単純  造影 ⇒ (Cre値 ) or (eGFR値 )

01 頭頸部	02 躯幹部		03 四肢
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾	<input type="checkbox"/> 上腕・肘・前腕
<input type="checkbox"/> 頭蓋底	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腎・尿管・膀胱	<input type="checkbox"/> 手部・手関節
<input type="checkbox"/> 眼窩・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 大動脈3DCTA	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 大腿・膝・下腿
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸腹部	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 足部・足関節
<input type="checkbox"/> 頸部(軟部組織)	<input type="checkbox"/> DIC-CT	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 下肢動脈
<input type="checkbox"/> 頭部3DCTA(あたま)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腹部全体	<input type="checkbox"/> 下肢静脈
<input type="checkbox"/> 頸部3DCTA(くび)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 曜日 <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> いつでも可能 <input type="checkbox"/> 最短での予約 <input type="checkbox"/> 検査当日のCD作成を希望する。(レポート込のCDは1週間を目安に郵送いたします。)			