

## CT 検査依頼書兼診療情報提供書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

**金光病院 地域医療連携課 行**

FAX:0865-42-5801

紹介元医療機関名:

医師氏名:

印

TEL/FAX

/

フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			大・昭 平・令
住 所	〒 _____		連絡先 TEL ( _____ ) _____

**《検査前確認事項 :必ずご確認ください》**

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
埋込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(本体に直接照射禁忌の為、その部分は検査不可)
グルコースセンサー(リブレ等)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可※ただし当日除去して来院される場合は検査可)
妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(検査不可)

検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎・その他( _____ )
造影の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 腎機能検査(3ヶ月以内) 検査日 _____年 _____月 _____日 クレアチニン _____ mg/dl
	<input type="checkbox"/> 無
画像CD-R	<input type="checkbox"/> 本人渡し <input type="checkbox"/> 郵送
詳細 (目的等)	※必ずご記入ください(診療情報提供書を添付される場合は不要です)

<第1検査希望日>	年	月	日( _____ )	午前	・	午後
<第2検査希望日>	年	月	日( _____ )	午前	・	午後
いつでも可						

**《連絡先》 金光病院 地域医療連携課**

TEL:0865-42-3261(直通) FAX:0865-42-5801

受付時間:8時30分~16時45分(日・祝除く)

※受付時間外に申し込みの場合は翌診療日の返信となります