

# CT検査

紹介状(診療情報提供書)		平成 年 月 日	
医療法人 彩樹 豊中緑ヶ丘病院			
科		先生	
紹介元医療機関名称			
住所		電話	
医師氏名		(印)	
フリガナ	性別	生年月日	
患者氏名	男・女	M. T. S. H.	年 月 日
診療情報			
薬物アレルギー なし あり( ) 造影剤アレルギー なし あり( )			
* 過去に造影剤を使用する検査をうけたことがありますか はい いいえ			
頭部		体部	
脳	頭蓋	肺	縦隔
眼窩	副鼻腔	肝 胆 膵 腎	下腹部
その他( )		その他( )	
単純	造影	2 Phase (動静脈相)	その他
* 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-ROM希望 <input type="checkbox"/> フィルム・CD-ROM不要		3D処理 ・管腔処理	
* 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 読影所見不要 <input type="checkbox"/> 読影所見希望(至急) <input type="checkbox"/> 読影所見希望(1週間以内)		部位 { 血管 骨 胆嚢・道 その他( )	
* 予約検査日		月 日	検査時間 時 分
検査日当日紹介状として患者様にお渡しください。			