ＣＴ検査診療情報提供書・予約依頼票（ＦＡＸ用）

※個人情報のため、取り扱いにご注意ください。

矢掛町国民健康保険病院

地域医療連携室　　　宛　（ＦＡＸ：０８６６－８２－１３５５）

医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男  ・  女 | 生年月日 | 明・大・昭  平・令　　　年　　　月　　　日 |
| 患者氏名 | 様 |
| 患者連絡先 | ＴＥＬ　（　　　　　　）　　　　　－ | | | |

●妊娠　あり・なし　●アレルギー歴　あり（　　　　　）・なし　●当院受診歴　あり・なし

|  |  |
| --- | --- |
| 検査部位 | 頭部、頸部、胸部、腹部、骨盤（　　　　　　　　　　　　　　　）  循環器系（造影）：胸部大動脈　腹部大動脈　骨盤部動脈　下肢動脈　冠状動脈  　　　　　　　　 下肢～骨盤静脈　肺静脈（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 造　　影 | 単純　：　造影　：　単純+造影 |
| 造影検査の場合：腎機能検査（　　　　　年　　　月　　　日実施）  　　　　　　　　ＢＵＮ：　　　　　　mg／dl　・　クレアニチン：　　　　　　mg／dl  （※採決結果の記入がない場合は、当院担当医の判断で検査をさせて頂きます。） | |
| 造影の有無 | □有（造影の場合、時間が単純撮影にくらべ約２倍かかります）　　　　□無 |
| 検査前の準備  （絶食の有無） | □特に指示ありません。  　□検査前４時間は食事をしないでください。 |
| 病状経過及び検査結果・撮影法（撮影方法・方向等で特にご希望があれば書いてください）  □デジタルデータ（CD-R）希望 | |
| 現在の処方 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望検査日時 | 第１希望 | 月　　　日　　午前　・　午後　　　　時 |
| 第２希望 | 月　　　日　　午前　・　午後　　　　時 |