

C T 検査診療情報提供書・予約依頼票 (F A X 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 (F A X : 0 8 6 6 - 8 2 - 1 3 5 5)

医療機関名 _____ F A X _____

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	T E L () -			

●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いただきます。)
造影の有無	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 無
検査前の準備 (絶食の有無)	<input type="checkbox"/> 特に指示ありません。 <input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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