

CTをご希望の場合は、次の申し込み依頼用紙に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。

この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、捺印のうえ患者さまにお渡し下さい。

予約受付時間 : 平日(月～水、金曜日)午前9時～午後7時迄
(木曜日のみ) 午前9時～午後5時迄

受付時間以降受信FAX: 翌日対応
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

CT 検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書

公立那賀病院 担当医宛

下記患者様を紹介いたします

紹介元医療機関 _____

医師名 _____ (印)

所在地 _____

TEL (_____) _____

フリガナ
患者氏名 _____ (男・女) 生年月日 _____

FAX (_____) _____

患者住所(〒 _____) T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) 体重 _____ kg

患者TEL(_____) _____ ご都合の悪い日 _____ 予約希望日 _____

※ 撮影部位該当欄にチェックして下さい。なお、左右は□にチェックを入れ選択して下さい。

検査部位		単純	造影	単純+造影	検査部位		単純	造影	単純+造影	検査部位		
頭部	頭部				股関節	股関節(単純)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部(単純)+胸腹部(単純)		
顔面	顔面骨・下顎骨				骨盤骨					頭部(単純)+胸腹部(造影)		
副鼻腔	副鼻腔				上肢	肩関節 □右□左□両				頭部(単純)+胸腹部(単純+造影)		
	副鼻腔 2方向					肩甲骨 □右□左□両					頭部(造影)+胸腹部(単純)	
聴器	中耳					上腕骨 □右□左□両					頭部(造影)+胸腹部(造影)	
	内耳					肘関節 □右□左□両					頭部(造影)+胸腹部(単純+造影)	
頸部	頸部					前腕骨 □右□左□両					頭部(単純+造影)+胸腹部(単純)	
	頸椎					手関節 □右□左□両					頭部(単純+造影)+胸腹部(造影)	
	上部胸椎					手指 □右□左□両					頭部(単純+造影)+胸腹部(単純+造影)	
胸部	胸部					下肢	大腿骨 □右□左□両				胸部セット	
	下部胸椎				膝関節 □右□左□両						胸部(単純)+腹部(単純)	
	腰椎				下腿骨 □右□左□両						胸部(単純)+腹部(造影)	
腹部 骨盤	上腹部				足関節 □右□左□両						胸部(単純)+腹部(単純+造影)	
	肝ダイナミック	<input checked="" type="checkbox"/>			足部 □右□左□両						胸部(造影)+腹部(造影)	
	肝～骨盤				頭部セット				胸部(造影)+腹部(単純+造影)			
	腎～骨盤				頭部(単純)+胸部(単純)				胸部(単純+造影)+腹部(単純)			
	骨盤腔				頭部(単純)+胸部(造影)				胸部(単純+造影)+腹部(造影)			
大血管	前立腺・膀胱				頭部(単純)+胸部(単純+造影)				胸部(単純+造影)+腹部(単純+造影)			
	胸部大動脈	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	頭部(造影)+胸部(造影)				胸部(単純+造影)+腹・骨盤(造影)			
	腹部・骨盤大動脈	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	頭部(造影)+胸部(単純+造影)				胸部・腹部・骨盤(単純)			
					頭部(単純+造影)+胸部(単純+造影)				胸部・腹部・骨盤(単純+造影)			
【備考】					【造影剤】 □イオパミロン注シリンジ300 100 ml □オムニパークシリンジ300 100 ml					【患者搬送】 歩行 車イス ストレッチャー		
【傷病名】												
【紹介目的】												
【既往歴及び家族歴】												
【症状経過及び検査結果】												
【治療経過】												
【現在の処方】												