

CT検査予約申込書

(診療情報提供書)

佐久市立国保 浅間総合病院 医療連携係
 FAX : 0267-67-4920(直通)
 TEL 0267-67-2295 (代)

フリガナ ()	性別	医療機関名 御担当医 電話番号 FAX
患者氏名 様	男・女	
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日(歳)		
住所 電話 ()		
浅間総合病院受診歴 <input type="checkbox"/> あり 診察券番号がわかればご記入下さい。(- -) <input type="checkbox"/> なし		
希望日時	① 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
	② 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
	③ 20 年 月 日 () AM・PM : 頃	
検査結果	画像形態 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	読影希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	画像送付方法 <input type="checkbox"/> 患者さん持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送	(読影結果は1週間前後かかります)

検査部位 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影(<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)							
部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢
以下の詳細についてもチェックをお願い致します。(その他の場合は必ず詳細な部位記入をお願い致します)							
詳細撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔	<input type="checkbox"/> 肝～腎	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 上肢 右・左
	<input type="checkbox"/> 脳動脈	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 肝～骨盤	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 胸椎	部位 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 乳房 (右・左)	<input type="checkbox"/> 大動脈 ()		<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 下肢 右・左
			<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	部位 ()

診療情報提供書

臨床診断(傷病名又は主訴)	経過・症状
検査目的	
検査時の希望等	

- ・ 予約完了次第(30分以内)【CT検査予約票】をFAX送信致しますので、患者さんにお渡し下さい。
- ・ 造影検査の場合、【造影検査を受ける方へ(説明・問診・同意書)】を予約票といっしょにFAX送信致しますので、漏れなく記入、署名のうえ、FAX送信いただき、当日必ず患者さんがご持参下さい。
- ・ 情報をFAXすることに関しましては患者さんの同意を得て下さい。