CT検査依頼書・診療情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関名・医師名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TEL |  | FAX |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検　査予定日 | 　　　　　　 年　　 月　　 日（　　） | 検査開始予定時間 | 午前 ・ 午後　　　　　時　 分 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ふ り が な |  |  　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生 | ○男○女 |
| 患 者 様 氏 名 |  | 様 |
| 住 所 ・ T E L | （〒　　　−　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　）　　　　　　− |
| 撮 影 方 法 | ○単純　○造影（血清クレアチニン値　　　　mg/dl　）（eGFR値　　　　mL/分/1.73㎡）○3D　　○MPR |
| 造影検査を依頼の場合、可能であれば　血清クレアチニン値　又は　eGFR値の記入をお願いいたします。 |
| 検 査 部 位 | ○頭部　　　○頸部　　　○胸部　　　○腹部　　　○骨盤部　 ○四肢○その他（　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　） |
| 患 者 様 情 報（傷病名・既往歴・症状経過・治療経過） |  |
| 検査に関連する要望事項 |  |
| 希 望 媒 体 | 　　　　　フィルム　　　　　　　・　　　　CD-ROM　DVD—ROM |
| 読 影 | 必 要　　　　　　 ・　　　　 　不 要 |
|  | 名古屋市千種区千代田橋1-1-1国家公務員共済組合連合会　東海病院　TEL：０５２－７１１－６１３１（代表） |