## 診療情報提供書(CT検査依頼用紙)

西暦 年 月 日

医療法人 天馬会 チクバ外科・胃腸科・肛門科病院 地域医療連携室 行

FAX: 086-485-3515 TEL: 086-485-1755 貴院医療機関名診療科住所電話・FAX

	17-485-17 外子	755 <u>来担当医</u>	先生	<u></u>	担							
<b>予約検査日時</b> 西暦 年 月					<del>_</del>	В	午後				_	
フリガナ	T					]						
患者氏名					生年月日	T S H R	年	月	В	歳		
患者住所	〒 -			電話番号			_					
種類		□共同利用					[	□紹介				
検査部位	□頭部  □胸部  □上腹部					一下	□下腹部・骨盤部			口その他	)	
造影剤の 使用有無 (紹介のみ) □ 要 ・ 腎疾患の有無 □無し □有(疾患名: ) ・ 血清クレアチニン値( ) mg/dl(半年以内の値があれば記入)・ ビグアナイド系糖尿病薬の有無 □無し □有												
画像CD		口患者手渡し					□郵送:	1週間以	火内			
読影結果	<b>※結果</b> □郵送: 1週間以内(読影は外部委託)											
疾患名又は	よ臨床診断・	検査の目的	<b>-</b>	※診療情		う添付がある	る場合、記載	iは不要 <sup>-</sup>	<b>ੱ</b> ਰ.			