

# 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  
担当医

外来担当医 先生

予約検査日時 西暦 年 月 日 午後

フリガナ				
患者氏名			生年月日	T S H 年 月 日 歳
患者住所	〒 -		電話番号	

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部 肝・胆・膵 膵臓 肝臓	<input type="checkbox"/> 下腹部 骨盤腔 子宮・卵巣 膀胱・前立腺	<input type="checkbox"/> その他 ( )

造影剤の  
使用有無

不要

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

不要

患者手渡し

郵送：1週間以内

読影結果

不要

郵送：1週間以内

読影は外部に委託

疾患名又は臨床診断・検査の目的