

CT 依頼票 兼 診療情報提供書

< 阪南市民病院 放射線室 >

至急の場合、
しを入れて下さい。

医療機関名: ●●クリニック

依頼医師: ●●●●先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)	生年月日
ハンナン タロウ 様 <input checked="" type="radio"/> 男 女 39 才	大正・昭和 55 年 12 月 1 日 平成・令和

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 2020 年 4 月 10 日(金) 午前・午後

第2希望 : 年 月 日() 午前・午後

第3希望 : 年 月 日() 午前・午後

希望なし : (直近をご案内します)

検査方法: いずれかに○をつけて下さい

単純	<input checked="" type="radio"/> 造影	おまかせ ※当院で単純、造影検査の判断をいたします
※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。 糖尿病薬の服薬 <input checked="" type="radio"/> 無・有()		

ご依頼理由(病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

血尿で来院
造影CT 依頼

造影・おまかせの場合、
月・火・木・金のみ
糖尿病薬を服用して
いる場合、その名前を
記入してください。

頭部	: 頭部ルーチン・副鼻腔・内耳・その他()
頸部	: 頸部ルーチン・その他()
胸部	: 胸部ルーチン・胸部ルーチン+肋骨・その他()
腹部	: <input checked="" type="radio"/> 腹部ルーチン・その他()
胸腹部	: 胸腹部ルーチン・その他()
その他	: ()