

CT検査依頼伝票（診療情報提供書）

医療法人社団晃進会 たま日吉台病院 放射線科 行

FAX 044-953-8199

西暦 年 月 日

依頼医療機関名		医師氏名	
住所	〒 -		
電話・FAX 番号	Tel () - FAX () -		

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所 〒 -		
連絡先		

診療情報（診断名・主症状・検査目的等）

--

検査部位

頭 部 ・ 頸 部
胸 部 ・ 上 腹 部 ・ 下 腹 部
そ の 他 ()

撮影条件

--

種別

単純 ・ 造影

造影の場合

○喘息	有・無
○腎機能障害【クレアチニン ()】	有・無
○ヨード造影剤の過敏症歴	有・無

検査希望日

年 月 日 () AM ・ PM 時 分

画像データ（CD-R）患者様渡し

する ・ しない

読影レポート

F A X ・ 郵送
