

# CT検査

紹介状(診療情報提供書)			年 月 日
社会医療法人 彩樹 守口敬仁会病院			
科			先生
紹介元医療機関名称			
住所		電話	
医師氏名			⑩
フリガナ	カルテ番号	性別	生年月日
患者氏名		男・女	M. T. S.H.R 年 月 日
診療情報			
メトグルコ製剤を服用されていますか はい(製剤名: ) いいえ			
* 造影剤使用時メトグルコ製剤服用の方は検査前後48時間休薬が必要となります。			
薬物アレルギー なし あり( ) 造影剤アレルギー なし あり( )			
* 過去に造影剤を使用する検査を受けたことがありますか はい いいえ			
頭部		体部	
脳 眼窩 その他( )	頭蓋 副鼻腔 その他( )	肺 肝 胆 膵 腎 その他( )	縦隔 下腹部
単純	造影	2 Phase (動静脈相)	その他
* 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-ROM希望 <input type="checkbox"/> フィルム・CD-ROM不要  * 1箇所チェックをお願いします <input type="checkbox"/> 読影所見不要 <input type="checkbox"/> 読影所見希望(至急) <input type="checkbox"/> 読影所見希望(1週間以内)		3D処理 ・管腔処理  部位 { 血管 骨 胆嚢・道 その他( ) }	
* 予約検査日		月 日	検査時間 時 分
検査日当日紹介状として患者様にお渡しください。			