CT 依頼検査書

紹介状（診療情報提供書）		作成日　令和　　年　　月　　日	
医療法人七ふく会　ふくいクリニック 放射線科　　担当医　　先生御侍史			
紹介元医療機関　名称			
御住所　〒		電話	
医師　氏　名			
フリガナ	性別	生年月日	
患者氏名	男／女	T・S・H・R　　年　　月　　日	
住所		電話番号	
検査目的			
既往歴			

頭部		体部			
□ 脳　□ 頭蓋 □ 眼窩　□ 副鼻腔 その他（　　）		□ 肺　□ 縦隔 □ 肝　□ 胆　□ 膵　□ 腎 □ 下腹部 その他（　　）			
□単純	□ その他	□ 3D 処理	□ 管腔処理		
*1 箇所にチェックお願いします □読影所見不要　□通常読影所見希望（2日～5日以内） □至急読影所見希望（最短当日～翌日） ※翌日が土日祝の場合は翌診療日になります		部位	□ 血管　□ 骨 □ 胆嚢　□ 胆道 その他（　　）		

ADL　□ 自立　□ 車イス　□ その他（　　）

*予約検査希望日

①	月	日	検査時間	AM／PM	時	分	～	時	分
②	月	日	検査時間	AM／PM	時	分	～	時	分
③	月	日	検査時間	AM／PM	時	分	～	時	分

検査日当日紹介状として患者様にお渡しください。