

CT検査依頼書 ・ 診療情報提供書

小林市立病院 読影担当医 宛

フリガナ		依頼医師名	
患者氏名		医療機関名	
生年月日		TEL	
年齢・性別	歳	男 ・ 女	
検査依頼日			

<p>【検査部位】(○で囲んでください)</p> <p>◎ 単純 ・ 造影 ・ 単純と造影</p> <p>頭部 ・ 顔面 ・ 頸部 ・ 胸部</p> <p>腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 脾 ・ 骨盤腔)</p> <p>脊椎 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)</p> <p>その他 ()</p>	<p>【具体的な撮影方法等の指示】</p>
--	-----------------------

【検査目的 ・ 疾患名(疑い) ・ 現病歴 ・ 既往歴 等】

【ヨードアレルギー 有 ・ 無 【腎機能障害】有 (Cr mg/dl) ・ 無

【感染症】 有 () ・ 無