CT検査FAX申込書 ・ 診療情報提供書

小林市立病院 読影担当医 宛　　※原本は当日ご持参下さい。

フリガナ				御依頼医師名	
患者氏名					
生年月日	大・昭・平・令　年　月　日			依頼元 医療機関名	
年齢・性別	歳	男 ・ 女			
希望日時	第1希望	年　月　日（　）		TEL	
	第2希望	年　月　日（　）		FAX	
	希望なし			御担当者氏名	

【検査部位】（〇で囲んでください）

◎　単純 ・ 造影 ・ 単純と造影

頭部 ・ 顔面 ・ 頚部 ・ 胸部

腹部（ 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎 ・ 脾 ・ 骨盤腔 ）

脊椎（ 頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）

その他（　　）

【具体的な撮影方法等の指示】

【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

小林市立病院　予約受付　FAX0984-23-8226　受付時間8:30～17:00（月～金・祝日除く）