診療情報提供書（兼　CT検査予約申し込み書）

FAX番号　　03-3605-8585

（医）綾瀬病院

放射線室　宛

電話番号		FAX番号	
医師氏名		送信担当者	

フリガナ		性別		生年月日	
氏名		年齢			
住所	〒				
電話番号		携帯番号			
その他（FAX等）					
保険者番号		記号・番号			
本家区分/被保険者名		綾瀬病院受診歴	□　有　　□　無		

《ご依頼内容》　該当する項目に□チェックして下さい

検査種別	単純CT　（造影はお受けしていません）
撮影部位	□頭部　□胸部　□腹部　□その他　複数OK
検査目的・主訴・臨床経過・投薬内容など（具体的にお願いします）	
検査希望日時	**＊検査日は、水曜日と、第２第４木曜日のみとなります。** **＊検査時間は午前9時～11時30分、午後1時～4時までです。** 年　月　日（　曜日）　時　分
読影の要否	□　要　□　否

《患者情報・治療歴など》　該当する項目に□チェックして下さい

傷病名			
既往歴			
手術歴			
移動手段	□歩行　□車椅子	体内埋め込み型の機器の有無	□有（　　）
妊娠の有無	□有　□無	インプラント他・体内金属	□有（　　）
感染症	□なし　□HCV　□HBV　□MRSA　□HIV		

その他の患者様留意事項（ADL、コミュニケーション等）