

診療情報提供書・CT検査申込書

予約希望日時

月 日 曜日
AM・PM 時 分

患者氏名

生年月日 年 月 日

検査部位

臨床診断

検査目的

現病歴

関連検査成績

	頭部
	胸部
	腹部(肝・胆・膵・腎・子宮)
	肝臓 ボーラスCT
	その他
	骨条件(3D-CT) (CD-R作成にお時間がかかるので、こちらから郵送致します)

造影(要・不要)

※造影CTの場合のみ記載お願い致します

eGFR () Cr()
BUN ()

ADL

※必ずご記入ください

歩行 車椅子 ストレッチャー

薬剤過敏・その他

無・有 ()
Hb抗原 (- ・ +) HCV (- ・ +)
Hb抗体 (- ・ +) MRSA(- ・ +)
その他 ()

妊婦調査 15才～45才の女性の場合、下記の項目に記入のこと。
1. 妊娠の可能性はない
 最終月経開始日 月 日より
 妊娠中
2. 妊娠中でも至急検査の必要あるとき、下記に担当医署名のこと。
科Dr.

年 月 日

医療機関名

科 医師

印

※ 予め検査日時を予約の上、この「検査申込書」を事前にお送りください。

医療法人錦秀会
阪和記念病院

〒558-0041

住吉区南住吉3-5-8

TEL(地域直通) 06-6696-0105

FAX(地域直通) 06-6696-0106