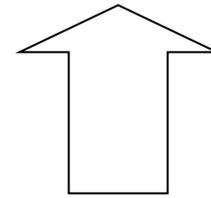


依頼書 ②

FAX 824-2872



診療情報提供書【単純CT検査依頼票】

年 月 日

ブラザー記念病院 行

紹介元医療機関名

住所

電話番号

FAX番号

依頼医師名

下記の患者さまの検査を依頼します

フリガナ		電話	
患者氏名		携帯電話	
住所			
生年月日	大・昭・平	年 月 日生 (歳)	男 ・ 女
主訴			
検査目的			
①～⑤の該当箇所に☑を入れてください。			
依頼内容	① <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	※ 詳細な撮影指示がある場合には記載ください。(スライス厚・範囲・方向・条件等) 特にない場合は当院で最適なプロトコールを選択します		
	読影	必要	不要
確認項目	② 一週間以内にバリウム検査(胃・大腸)をうけられましたか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	③ 心臓にペースメーカー、埋め込み型除細動器をされていますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	④ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか(女性の方のみ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	⑤ 被ばくに関する説明を行いました。 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	※ ②～⑤について、全て左側に☑がある事でCT検査を行う事ができます		
	* 画像データは患者様にお渡しします。結果報告書は後ほどFAXまたは郵送いたします。 * 検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診及び処置を すすめさせていただく事があります		
希望日時	<input type="checkbox"/> いつでもよい 第一希望 月 日() 第三希望 月 日() 第二希望 月 日()		