

診療情報提供書 (CT検査用)

公立高島病院 宛

平成 年 月 日

医療機関名称		TEL ()
住 所		FAX ()
医 師 名		

フリガナ		生年月日：M・T・S・H 年 月 日生
患者氏名		性 別： 男 ・ 女 (才)
住 所		TEL： ()

患者診療情報 (検査目的についてはできるだけ詳しくご記入ください)

主訴または病名	感染症 (有・無) MRSA・HCV・HB・TPHA・その他 () 腎機能障害 (有・無) ・BUN () ・クレアチニン () 体重：_____ kg
---------	---

検査目的：

希望事項：	<input type="checkbox"/> ビグアナイド系糖尿病薬 服用中止説明済 (月 日～中止)
-------	--

CT検査部位：該当する部位と術式を選び、してください。

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頰部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄	<input type="checkbox"/> 四肢
<input type="checkbox"/> 肺 (縦隔) (X線フィルムを持参ください)			<input type="checkbox"/> 脊椎 (X線フィルムを持参ください)		
<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定		
<input type="checkbox"/> 肺気腫測定 (以下記入必須)		①喫煙状況： <input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた			
②禁煙年齢：_____歳で禁煙		③喫煙本数：_____本/日		④喫煙年数：_____年	

術式希望： 単純のみ 単純+造影 3D

画像の写し (フィルム)： 要 不要 CD-R

【予約希望日】

第1希望日 平成 年 月 日 ()

第2希望日 平成 年 月 日 ()

【予約結果】 * 予約時間の10分前に来院していただき、保険証と紹介状を正面玄関入っての右手の「中央受付」にご提示ください。
 なお、造影剤使用の患者さんにつきましては、問診票もご持参ください。

予約日時 平成 年 月 日 () 時 分

〒992-0351 山形県東置賜郡高島町大字高島386番地

公立高島病院 医療連携・病床管理室 TEL 0238-52-1500 (内線:6940)
 FAX 0238-52-5412