

診療情報提供書 (CT検査用)

公立高畠病院 宛

令和 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・R
患者氏名		年 月 日生 (才)
住 所		性 別： 男 ・ 女
		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・検査目的	
希望事項：	
術式希望 : <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 3D	
(造影剤使用時のみ記入) <input type="checkbox"/> 感染症(有・無) MRSA・HCV・HB・TPHA・その他 () <input type="checkbox"/> 腎機能障害(有・無)・BUN ()・クレアチニン () <input type="checkbox"/> 妊娠中あるいは妊娠の可能性 (有 ・ 無) 体重：_____ kg	<input type="checkbox"/> ピ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、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頸部 <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(身長：_____ cm 体重：_____ kg) <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	
画像のデータ : <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
【予約希望日】 第1希望日 令和 年 月 日 () 第2希望日 令和 年 月 日 ()	

〒992-0351

山形県東置賜郡高畠町大字高畠386番地

公立高畠病院 医療連携相談室

TEL 0238-52-1500 (内線:6940)

FAX 0238-52-5412