

診療情報提供書兼放射線検査依頼書

様式1

天王台消化器病院 FAX番号 04-7185-3170 電話番号 04-7185-1199

フリガナ			年齢	医療機関名
患者様氏名			才	
生年月日(西暦)		性別		
患者様連絡先				
当院診察券番号				
検査日時 (西暦)	年	月	日	御担当医 御住所 電話 FAX
検査希望時間	☐ 11:00 ☐ 11:30 ☐ 14:00 ☐ 14:30 ☐ 15:00 ☐ 15:30 ☐ 16:00			

※検査日時は 日・祝日、年末年始(12月30日～1月3日)以外の11時～11時30分、14時～16時を チェック
してください。希望日時を検査日といたします。お電話での予約日程調整は不要となります。

放射線検査共通 → 妊娠中または妊娠の可能性 ☐有り ☐無し 有りの方は検査不可となります。

☐ ① CT検査

依頼項目 (チェック)	撮影部位		
☐	頭部	脳 ・ 副鼻腔	
☐	胸部	肺 ・ 縦隔 ・ 大動脈	
☐	腹部	・肝臓 ・ 胆道 ・ 脾臓 ・ DIC-CT ・ 胃 ・ 大腸 ・ 小腸	
☐	骨盤腔	膀胱、前立腺 ・ 子宮、卵巣	
☐ 単純検査 ☐ 造影検査 ☐ 単純+造影検査 ☐ 3D作成			
腎機能 検査済み → ☐ Cre値(mg/dl 採血日 年 月 日)			
腎機能 未検査 当院にて施行希望 → ☐ (結果判定まで1時間程度かかります)			

※造影検査の場合、腎機能のデータは直近1か月以内のデータの記載をお願いいたします。

☐ ② レントゲン(部位 R)

[検査目的]
[臨床所見・既往歴・備考]