

診療情報提供書（C T検査依頼書）

たずみ病院 担当医 _____ 医師 宛
 依頼日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 紹介元 医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____ F A X 番号 _____
 診療科・医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	明・大・昭・平
患者氏名		男・女	年 月 日生（ 才）
住 所		電話	自宅（ ） - 携帯（ ） -
検査日時	年 月 日（ 曜日）、 時 分		
主訴または 現病名 および検査目 的など			
検査部位			
造影 について	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影（造影の場合は腎機能障害のないことを確認し、できれば下記記入ください。） BUN； _____ mg/dl、 クレアチニン； _____ mg/dl ☆ 造影依頼時は下記もご確認ください。 ＊造影検査歴； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（CT・血管・胆嚢・腎尿路・他（ ） 「あり」のとき、検査のときに副作用が出たことがありますか。 → <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（かゆみ・蕁麻疹・吐き気・気分不良・腰背部痛・その他） ＊薬による副作用； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） ＊喘息の有無 ； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 以前あった <input type="checkbox"/> 現在治療中（造影検査不可） ＊授乳について ； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（造影検査後は1日授乳できません） ＊甲状腺機能障害； <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
判明してい る感染症	（できれば記入） <input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考 （既往歴・処方 その他注意事項）			
画像形式	C D—Rのみ	読影報告書	<input type="checkbox"/> 希望
（当院記入欄）			

主治医様へ

検査の予約は当院検査科へ直接電話下さい。予約後にこの診療情報書をF A Xまたは郵送にて当院へ送付ください。

（検査科直通電話番号： 079-456-2270(FAX兼用)）

医療法人社団せいわ会 たずみ病院
 兵庫県加古川市尾上町口里790番地の66
 （代表電話 079-456-2252 代表 FAX079-456-2258）