

診療情報提供書（CT 検査依頼書）

たずみ病院 担当医 _____ 医師 宛

依頼日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元 医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____ FAX _____

診療科・医師名 _____

患者様情報

フリガナ		性別	西暦
患者氏名		男・女	年 月 日生 (才)
住所		電 話	自宅 () - 携帯 () -
検査日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (曜日)		時 分
主訴または 現病名 検査目的			
検査部位			
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ		
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 既往歴など			
画像形式	<u>CD-Rのみ</u>	読影報告書	<input type="checkbox"/> 希望

主治医様へ

検査の予約は当院放射線科へ直接電話ください。予約後にこの診療情報提供書を FAX または郵送にて当院へ送付ください。

※放射線科予約電話番号： 079-456-2270 (FAX 兼用)

医療法人せいわ会 たずみ病院

加古川市尾上町口里 790-66

(代表電話) 079-456-2252