**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　　　　年　　月　　日生（　　　才） |
| 患者氏名 |  | 男・女 |
| 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 | * **単純のみ**
 |
| 判明している感染症 | （できれば記入）□HBs抗原　□HCV　□梅毒　□MRSA　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| **備考**既往歴など |  |
| 画像形式 | CD-Rのみ | 読影報告書 | □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