**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