

# CT検査予約申込書

(診療情報提供書)

佐久市立国保 浅間総合病院 地域医療連携室

FAX : 0267-67-4920

TEL 0267-67-2295 内線1050

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	医療機関名
生年月日 M・T・S・H 年 月 日			御担当医
住所			電話番号
電話 ( )			FAX
浅間総合病院受診暦 <input type="checkbox"/> あり 診察券番号がわかればご記入下さい。( - - ) <input type="checkbox"/> なし			
希望日時	① 平成 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃		
	② 平成 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃		
	③ 平成 年 月 日 ( ) AM・PM : 頃		
検査結果	画像形態 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R 画像送付方法 <input type="checkbox"/> 患者様お持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送		読影希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (読影結果は1週間前後かかります)

検査部位 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ							
部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢
以下の詳細についてもチェックをお願い致します。(その他の場合は必ず詳細な部位記入をお願い致します)							
詳細撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 肺・縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 乳房 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 肝～腎 <input type="checkbox"/> 肝～骨盤 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 上肢 右・左 部位 ( ) <input type="checkbox"/> 下肢 右・左 部位 ( )

## 診療情報提供書

臨床診断(傷病名又は主訴)	経過・症状
検査目的	
検査時の希望等	

- ・ 予約完了次第(30分以内)【CT検査予約票】を紹介医様にFAX送信致しますので、患者様にお渡し下さい。
- ・ 造影検査の場合、【造影検査を受ける方へ(説明・問診・同意書)】を予約票といっしょにFAX送信致しますので、漏れなく記入、署名のうえ、当日必ず患者様をご持参下さい。
- ・ 情報をFAXすることに関しましては患者様の同意を得て下さい。