

平成24年 月 日

診療情報提供書 (CT検査依頼箋)

(紹介元医 → 上伊那生協病院)

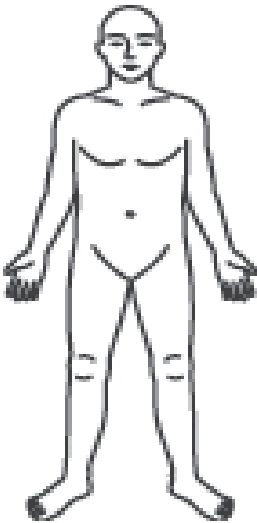
上伊那生協病院
TEL 0265-79-8813
FAX 0265-79-4981

紹介元	医療機関名
	照会医師名
	TEL

フリガナ 患者氏名	性別
生年月日	様
住所	
電話番号	※必ず連絡の取れる番号をご記入ください。
保険No	

【検査依頼内容】

必要な部位に印を付けてください



【早目の検査希望】 あり ・ なし

検査項目	検査部位
単純のみ	頭部 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢
単純+造影	椎体 (頸・胸椎・腰椎)
造影のみ	胸部 (肺野・縦隔)
Dynamic	腹部 (上・下)
	その他

病名[確 ・ 疑]
造影希望時 : 腎機能検査値 クレアチニン() eGFR() BUN() (年 月の検査値)
〃 : 糖尿病がある場合 : ビグアナイド系糖尿病薬の内服 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
検査目的・既往歴・検査・検査・治療の経過・現在の処方・その他の連絡事項