

診療情報提供書(CT検査依頼書)

年 月 日

紹介先: 東京町田アーク内科・呼吸器クリニック

〒194-0045 東京都町田市南成瀬5-33-1 南成瀬メディカルヴィレッジ東棟1階

TEL 042-709-3837 Fax 042-709-3836

* 感染症が疑われる患者様の場合、必ず事前にご連絡ください。

(フリガナ)		紹介元医療機関	
患者氏名 様		医療機関名	
生年月日 年 月 日(歳)		TEL	FAX
性別 男 ・ 女		ご担当医師	
予約日時: 月 日 時 分より			
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他()		
病名			
検査目的			
臨床経過			
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手術名:)		
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()		
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ※お時間をいただく場合がございます		
結果の返送	<input type="checkbox"/> ディスク <input type="checkbox"/> LOOKREC連携(WEB) <input type="checkbox"/> どちらも不要		