

診療情報提供書 (X線 CT 依頼書)

年 月 日

〒663-8201 西宮市田代町 11-3
松本脳神経外科クリニック
TEL 0798-69-1451
FAX 0798-67-6888

紹介元医療機関

名称・住所
医師名 印
TEL
FAX

検査実施予定日 月 日 午前・午後 時 分

フリガナ

患者氏名 男・女 M・T・S・H・R 年 月 日生 (歳)

住所 (〒)

..... TEL

感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 頭部一般	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 筋肉・軟部組織 ()
アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	<input type="checkbox"/> 小脳・脳幹部	<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 腹 部 (肝・胆・膵・腎臓)
妊 娠 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 眼 窩	<input type="checkbox"/> 腰 ・ 仙椎	<input type="checkbox"/> 骨 盤 腔 (子宮・卵巣・膀胱)
	<input type="checkbox"/> 副 鼻 腔	<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 四肢・関節 ()
	<input type="checkbox"/> CT Angio ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	
造 影 : <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 → 腎 機 能 (BUN 値 mg/dl・クレアチニン値 mg/dl)			
検査結果についてご指示をお願いします。			
画像について : <input type="checkbox"/> 半切フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 不 要 (所見もしくは返事のみ)			
所見について : <input type="checkbox"/> 不 要 <input type="checkbox"/> 必 要 → 貴院での次回診察予定日時 月 日 時頃			
検査目的 (精査・経過観察・スクリーニング・その他)			
検査希望事項・注意事項			
臨床診断・主訴・現病歴・他検査所見など			