

CT検査：検査申込書 兼 診療情報提供書

 <p>〒136-0071 東京都江東区亀戸9-13-1 独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京城東病院 地域医療連携室 宛 TEL : 03-3637-2589 (直通連絡先) FAX : 03-3637-6916 受付 : 平日 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 15</p>		依頼医療機関 _____ 医師名 _____ TEL : _____ FAX : _____ ※ 検査担当より、確認等の目的でご連絡させて頂く場合がございます	
ふりがな		男・女	
患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
〒	住所		
	電話番号 :		
検査日	月 日 曜日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分)		
検査	<input type="checkbox"/> 単純CT検査 <input type="checkbox"/> 造影CT検査		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 ・ 体幹部の連続する部位の検査をご要望の際は「検査目的」欄への詳細の記入をお願い致します。 ・ 「部位」や「左・右」等の詳細は「検査目的」欄への記載をお願い致します		
腎機能 <small>※造影検査ご希望の際は必須</small>	eGFR : _____ mL/min/1.73m ² (Cr : _____ mg/dL)		
医療機器・体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細 : _____) <input type="checkbox"/> 不明 ・ 持続血糖測定装置、心臓ペースメーカー、磁性インプラント、人工内耳 等		
その他の留意事項 <small>※アレルギーの有無 等</small>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :		
検査目的			
症状・臨床所見			
既往歴・その他			
読影レポートの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
画像情報の提供	<input type="checkbox"/> 当日 : 患者様ご本人等への手渡し <input type="checkbox"/> 後日 : 郵送 ・ お渡しはCD/DVD形式となります (フィルム出力には対応していません) ・ いずれの場合も読影レポートは後日郵送となります (目安 : 一週間)		
○ ご紹介ありがとうございました			
検査当日、患者様には以下をご持参の上、ご来院くださいますようお願いいたします。 <input type="checkbox"/> 当院送付の書類一式 : 検査予約票 等 <input type="checkbox"/> 保険証 (あれば当院診察券) <input type="checkbox"/> 各種受給者証			