

CT 検査申込書 / 診療情報提供書

令和 年 月 日

石川県済生会金沢病院 宛

金沢市赤土町二13-6

地域連携室 電話 076-266-1489

FAX 076-266-2990

【紹介元】

医療機関名:

紹介医師:

TEL:

FAX:

検査日時	令和 年 月 日 () AM・PM (:) ただし、土曜日は予約不可となります		
フリガナ		性別	生年月日 / T・S・H・R
患者氏名		男・女	年 月 日 () 歳
済生会病院受診歴	有 (ID) _____ ・ 無		
検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 上肢 ・ 下肢 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ その他 ()		
単純のみ	造影は各診療科へご紹介ください (この用紙では受付していません)		
装着機器の有無	埋込型(ペースメーカー等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 貼付型(グルコース測定器等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
ID-LINK	<input type="checkbox"/> 利用しない <input type="checkbox"/> 利用する (紹介元 ID)		
結果報告の方法	検査終了後、CD-Rは患者さんにお渡しします。読影結果はFAXのうえ郵送いたします。 右記の場合はチェックしてください。 <input type="checkbox"/> CD-R不要 <input type="checkbox"/> 読影結果 郵送不要		
診断名	:		
検査目的・症状等	:		
<p>・電話およびWEB予約完了後この用紙をFAXで送ってください。原本は患者さんが当日お持ちください。 ・CT検査は、30分前に来院してください。(説明・処置等に必要な場合があります)</p>			

令和7年4月1日 改定