

石川県済生会金沢病院紹介 **CT** 検査申込書
(診療情報提供書)

令和 年 月 日

| | |
|---|--|
| 施設名 | TEL _____ FAX _____ |
| 医師名 | |
| 受診希望日時 | 令和 年 月 日 () AM・PM(:) ただし、土曜日および放射線科医不在日は予約不可となります |
| フリガナ 患者氏名 生年月日 性別 | T. S. H. R. / / 男 ・ 女 |
| 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 | 造影は診療科紹介となります。この用紙では申し込みできません |
| 装着機器の有無 | 埋込型(ペースメーカーなど) : 無 ・ 有() 貼付型(グルコース測定器など) : 無 ・ 有() |
| ID-LINK | 利用する(紹介医ID _____) ・ 利用せず |
| データ媒体 | CD-R ・ 不要 ・ その他 |
| 受渡し方法 | 患者渡し ・ 郵送 ・ 不要 ・ その他 |
| 診断名 : | |
| 検査目的・症状等 : | |
| 持参フィルム | 有 ・ 無 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・電話予約完了後この用紙をFAXで送ってください ・CT検査は、30分程度早めに来院してください(説明・処置等が必要な場合あり) ・読影医に緊急検査等が入った場合、読影結果は後日のFAX対応になる場合があります | |

石川県済生会金沢病院 地域連携室 電話 076-266-1489
FAX 076-266-2990

令和3年3月1日 改定