

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()
造影有無	無 (造影申込みは診察が必要、地域連携室対応)
アレルギー・禁忌等 (検査不可の場合有り)	アレルギー・喘息 : 無 ・ 有() ペースメーカー : 無 ・ 有() クレアチニン値 : ()mg/dl ※造影の場合必須 糖尿病薬剤 : 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
・電話予約完了後この用紙をFAXで送ってください ・造影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 放射線部 電話 076-266-2938 地域連携室 電話 076-266-1489
石川県済生会金沢病院 地域連携室 FAX 076-266-2990 (共通)

令和2年7月30日 改定