

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	<u>TEL</u> <u>FAX</u>		
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		
患者氏名 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