

CT検査申込書兼診療情報提供書

紹介元医療機関			
住所・郵便番号	〒		
電話番号	TEL	FAX	
紹介医師	科	氏名	
フリガナ		明・大・昭・平	
患者氏名	生年月日	年 月 日 ()歳	男・女
患者住所	〒	体重 kg	
TEL	() -	携帯	() -
柳川病院受診歴	なし	あり	

【予約内容】

検査日	年 月 日 午前・午後 時 分	※お電話にて決定された日時
撮影範囲	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部全体	
画像間隔等	<input type="checkbox"/> 頭～頸部:5mm 胸腹部:10mm <input type="checkbox"/> 5mm <input type="checkbox"/> 10mm <input type="checkbox"/> 骨条件も <input type="checkbox"/> mm	
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影早期+門脈相+平衡相	
その他の指示		
病名		
検査目的		
腎機能(造影時)	Cr Bun	同意書 済 腎不全 【 有・無 】
結果①検査データ (CD-R、フィルム) ※選択してください	1. 当日、患者さんにお渡りする。 2. 翌診療日に紹介元医療機関にお届けする。	結果② 読影レポート ※選択してください 1. 当日、紹介元医療機関にFAXする。 2. 翌診療日に紹介元医療機関にお届けする。

【画像出力】

※紹介元医療機関にお届けは、金曜及び土曜日に検査実施の場合は月曜日になります。

選択してください	フィルム	CD-R
----------	------	------

(点線以下の部分を切り離してお使い下さい)

柳川病院からのご連絡	
様	
下記の日時にCT検査のご予約を承りました。受診の際にはこの用紙を受付にご提示下さい。 検査当日は予約時間30分前には受付を済ませるようお願い致します。	
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">CT検査予約:平成 年 月 日 午前・午後 時 分</td> </tr> </table>	CT検査予約:平成 年 月 日 午前・午後 時 分
CT検査予約:平成 年 月 日 午前・午後 時 分	
* 造影検査の場合 午前中の場合、朝食をとらないでください。 (午後の検査の場合、昼食をとらないでください)	
一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院 TEL0944-72-6171	