

CT 検査申込書／診療情報提供書

一般財団法人 医療・介護・教育研究財団 柳川病院 受付 放射線科 TEL:0944-72-6171 FAX:0944-74-8165

紹介元 医療機関	
紹介医師	
住所	
TEL	
FAX	

患者情報			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住所
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 歳	電話	() -
柳川病院受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	携帯	() -

検査日時	令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) 時 分	※お電話にて 決定した日時
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

撮影部位(複数選択可)	
頭 部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部
胸 部	<input type="checkbox"/> 胸部
腹 部	<input type="checkbox"/> 腹部
骨 盤	<input type="checkbox"/> 骨盤
脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
そ の 他	<input type="checkbox"/> ()
特 殊	<input type="checkbox"/> HRCT <input type="checkbox"/> Dynamic <input type="checkbox"/> 3D

造影剤使用の有無
(単純・造影は当院担当医により変更の可能性があります。)
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 担当医に一任
BUN: mg/dl Cre: mg/dl
採血日: 令和 年 月 日

ビグアナイド系糖尿病薬服用
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり ※検査前後 2 日間休薬

病名	
既往歴	
検査目的 (できるだけ詳細にご記入ください。)	

画像出力	画像データ	読影結果
<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 患者様へお渡し <input type="checkbox"/> 翌診療日配送	<input type="checkbox"/> 当日FAX+翌診療日配送 <input type="checkbox"/> 翌診療日配送

✂ 切り取り線 ✂

患者情報	様	※予約時間の 30 分前までに来院してください。
予約日時	令和 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後) 時 分	
注意事項	<input type="checkbox"/> 特に絶食の必要はありません。 <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> 朝 食 <input type="checkbox"/> 昼 食) を摂らずに来院してください(飲水は可能です)。	