

# 診療情報提供書（CT検査依頼書）

## ■患者情報

|    |  |      |            |
|----|--|------|------------|
| カナ |  | 生年月日 | / / ( 歳)   |
| 氏名 |  |      |            |
| 住所 |  | 連絡先  | 自宅：<br>携帯： |

緊急連絡先：氏名 (続柄) 電話番号

紹介先：

独立行政法人 地域医療機能推進機構  
福岡ゆたか中央病院 放射線科  
直通 0949-26-3710  
Fax 0949-26-3721

紹介元：

住所：

電話：

医師名：

## ■診療情報

紹介目的：

既往歴：

症状経過・検査及び治療計画：

## CT検査依頼内容

検査日時： 年 月 日 AM・PM :

■検査部位 ※必要部位の□にチェックを入れて下さい。項目がない場合、その他欄にご記入してください

|    |                              |     |                                    |    |                                                            |
|----|------------------------------|-----|------------------------------------|----|------------------------------------------------------------|
| 頭部 | <input type="checkbox"/> 頭部  | 胸部  | <input type="checkbox"/> 胸部        | 腹部 | <input type="checkbox"/> 上腹部（肝～腎まで）                        |
|    | <input type="checkbox"/> 骨   |     | <input type="checkbox"/> 肋骨        |    | <input type="checkbox"/> 上下腹部（肝～骨盤まで）                      |
|    | <input type="checkbox"/> 眼窩  |     | <input type="checkbox"/> 冠動脈       |    | <input type="checkbox"/> 骨盤 ・ <input type="checkbox"/> 股関節 |
|    | <input type="checkbox"/> 耳   | その他 | <input type="checkbox"/> 四肢（ ）     |    |                                                            |
|    | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 |     | <input type="checkbox"/> 血管（ ）     |    |                                                            |
| 頸部 | <input type="checkbox"/> 頸部  |     | <input type="checkbox"/> その他の部位（ ） |    |                                                            |

☐ 単純・☐ 造影（造影検査の場合、問診票・同意書が必要です）

## ■確認事項

|           |                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------|
| 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無       |
| 植え込み型除細動器 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無       |
| 読影結果      | <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り ・ <input type="checkbox"/> 郵送 |
|           | 次回診察日                                                         |